



**Emma Simonsen Lund**

---

# **Sykepleieres holdninger til og kunnskap om håndtering av cytostatika**

**Masteroppgave i Klinisk Sykepleievitenskap**

**Høgskolen i Oslo, Avdeling for Sykepleieutdannin**

## ABSTRACT

**Name:** Emma Simonsen Lund

**Title:** Attitudes and knowledge on handling chemotherapeutic drugs among nurses.

**Background:** Handling chemotherapy and administrating treatment of cancer patients represent a risk of contamination of the nurses and their working environment as the drugs is easily transferred onto the nurse' skin.

International research (examined in this study) indicates an unfulfilled need among nurses of in depth education on and uncertainties about own level of competence regarding chemotherapeutical drugs.

Nurses' theoretical knowledge on handling chemotherapeutic drugs does not always relate to what nurses do to protect themselves from spill etc. when handling the drugs.

Lack of scientific knowledge on how nurses in Norwegian hospitals experience this situation is the background for writing this thesis.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to create knowledge about how nurses handle chemotherapeutic drugs and unveil the attitudes and level of knowledge that impacts the way nurses act when handling chemotherapeutic drugs.

Another purpose is to get knowledge about how guidelines help the nurses when handling chemotherapy.

**Design/Method:** This thesis uses a qualitative research methodology and has a descriptive and explorative design.

An interview guide has been developed on basis of the theoretical framework of the thesis. The data consists of seven individual semi structured interviews. Kvale's method of analyzing qualitative interviews creates the standard of the empirical data. After having the data material condensed, I have carried out an analysis of the main themes, the nurses' role, work environment and the nurses' subject area in three contexts; self understanding, critical understanding based on common sense and theoretical understanding.

**Theoretical perspective:** The theoretical frame of reference is based on Milton Rokeachs (1968) work on believes, attitudes and values. Rokeachs describes our attitudes as controlled by our knowledge, feelings, and way of being, habit and manner. Suzie Kim's (1987) domain of nursing practice functions as a theoretical point of reference for this thesis. The clinical and practical aspect of nursing covers nursing professional activities such as handling of chemotherapeutic drugs.

**Results:** The main findings from the analysis of the data can be placed in three categories; fear, focus on the patient rather than the chemotherapy and last, the divide between theory and practice.

**Conclusions:** Graduate nurses feel fear when confronted with clinical challenges where they have insufficient knowledge and experience. Handling of chemotherapeutic agents is seen as a necessary evil. Further, the nurse's committment to the patient will increase due to the feelings now involved. Ethical and professional dilemma means that nurses act in a distinction between theory and practice.

### Nøkkelord:

nurse, handling chemotherapy, attitudes, knowledge

## RESYMÉ

**Navn: Emma Simonsen Lund**

### Tittel:

Sykepleieres holdninger til og kunnskap om håndtering av cytostatika

### Bakgrunn:

Ved håndtering av cellegift til behandling av pasienter med kreftsykdom er det en risiko for at stoffene kan overføres til sykepleiere. Internasjonale studier antyder at undervisning om cytostatika er et udekket behov hos sykepleiere og at en del føler seg utrygge på egen og kollegaers kunnskap. I tillegg samsvarer ikke alltid sykepleieres kunnskap om sikker håndtering av cytostatika med det de gjør for å beskytte seg i håndteringssituasjoner. Manglende kunnskap om hvordan dagens sykepleiere ved norske sykehus erfarer denne situasjonen danner bakgrunn for denne studien.

### Hensikt:

Hensikten med studien er å få innsikt i sykepleierens håndtering av cytostatika og avdekke holdninger og kunnskap som kan påvirke deres håndtering av cytostatika.

### Design/Metode:

Oppgaven er en kvalitativ studie med et beskrivende og utforskende design. En intervjuguide er utarbeidet på bakgrunn av den teoretiske referanserammen. Syv individuelle halvstrukturerte dybdeintervju utgjør datasamlingen. Kvalitativ analyse av kvalitative forskningsintervju anvendes på det empiriske datamaterialet. Etter meningsfortetting foretas en teoretisk analyse av temaene i kontekstene: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

### Teoretisk perspektiv:

Den teoretiske referanserammen er hentet fra Milton Rokeach (1968) sitt arbeid med verdi- og holdningsteori, som beskriver holdningene våre til å være styrt av vår kunnskap, følelser og væremåte. Suzie Kim (1987) sitt praksisdomene i sykepleie fungerer også som et teoretisk referansepunkt i denne studien. Det praktiske aspektet i Kims sykepleiedomener dekker sykepleiefaglige aktiviteter, noe som håndtering av cytostatika er et eksempel på.

### Funn:

Gjennom fortolkning av datamaterialet kommer redsel, pasientengasjement fremfor cytostatikafokus og skille mellom teori og praksis frem som hovedfunn.

### Konklusjon:

Nyutdannede sykepleiere opplever redsel i møte med kliniske utfordringer der de har utilstrekkelig kunnskap og erfaring. Håndteringen av cytostatika ses på som et nødvendig onde. Sykepleierens engasjement for pasienten forsterkes gjennom følelsene som vekkes i arbeidet. Ethiske og faglige dilemma medfører at sykepleierne handler i et skille mellom teori og praksis.

### Nøkkelord:

sykepleier, håndtering av cytostatika, holdninger, kunnskap, ferdigheter

## Innhold

1.0 INNLEDNING .....	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	4
1.2 STUDIENS HENSIKT OG OVERORDNET PROBLEMSTILLING .....	5
1.3 METODISK TILNÆRMING .....	6
Forkunnskaper på studiefeltet .....	6
1.4 STUDIENS AVGRENSNING.....	6
1.5 OPPGAVENS ORGANISERING.....	7
2.0 FORSKNING PÅ OMRÅDET .....	8
2.1 SØKESTRATEGI OG FUNN .....	8
2.2 LITTERATURGJENNOMGANG .....	8
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	11
3.1 HESOOK SUZIE KIM: SYKEPLEIEBEGREPET OG PRAKSISDOMENET.....	11
Praksisdomenet .....	12
3.2 MILTON ROKEACH: VERDIER OG HOLDNINGER .....	13
3.3 KUNNSKAP: EFFEKTE AV CYTOSTATIKA .....	14
3.4 DEFINISJON AV BEGREPET HÅNDTERING AV CYTOSTATIKA .....	14
3.5 YRKESETISKE RETNINGSLINJER FOR SYKEPLEIERE .....	14
3.6 ARBEIDSMILJØLOVEN .....	15
3.7 KJEMIKALIEFORSKRIFTEN .....	16
4.0 STUDIENS FORSKNINGSDESIGN OG METODE .....	17
4.1 DESIGN.....	17
4.2 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU SOM METODE .....	18
4.3 UTVALGET .....	18
Inklusjonskriterier.....	18
Rekruttering.....	19
Metningspunkt .....	19
4.4 INTERVJU FOR DATAINNSAMLING .....	20
Teoretisk bakgrunn.....	20
Utforming av intervjuguide .....	20
4.5 INTERVJUSITUASJONEN.....	23
Gjennomføring av intervjuene .....	23
Kontekst og datainnhenting .....	23

Spørsmålsstilling.....	23
Forsker- informant relasjonen.....	24
Avbrutt av kollega.....	25
Avslutningssamtale med informanten .....	25
Notater etter intervjuene.....	25
4.6 DATAANALYSE .....	26
Transkribering.....	26
Bruk av tabeller i analysen .....	26
Meningsfortetting .....	26
Meningsfortolkning .....	26
4.6.1 Meningsfortolkning i konteksten elvforståelse.....	27
Sykepleierens rolle .....	27
Arbeidsmiljø .....	27
Fagmiljø .....	28
Tabell for utvikling av sentrale tema fra meningsfortettet materiale .....	28
4.6.2 Meningsfortolkning i konteksten kritisk forståelse basert på sunn fornuft.....	29
4.6.3 Meningsfortolkning i konteksten teoretisk forståelse .....	30
4.7 STUDIENS GYLDIGHET; VALIDITET, OVERFØRBARHET, RELIABILITET.....	30
Validitet .....	30
Overførbarhet.....	32
Reliabilitet.....	32
4.8 ETISKE OVERVEIELSER .....	33
5.0 KRITISK FORSTÅELSE BASERT PÅ SUNN FORNUFT .....	36
5.1 SYKEPLEIEIERS ROLLE.....	36
5.3 ARBEIDSMILJØ .....	43
5.4 FAGMILJØ .....	52
6.0 TEORETISK FORSTÅELSE .....	59
6.1 REDSEL .....	59
6.2 PASIENTENGASJEMENT FREMFØR CYTOSTATIKAFOKUS .....	62
6.3 SKILLE MELLOM TEORI OG PRAKSIS .....	66
6.5 METODEDISKUSJON .....	72
Datasamlingsmetode.....	72
Forskerens rolle .....	72
Metningspunkt .....	73

Rekruttering av informanter .....	74
Informantutvalget .....	74
7.0 KONKLUSJON .....	75

*Tabell 1 Intervjuspørsmål utledet fra forskningsspørsmål*

*Tabell 2 Utvikling av sentrale tema fra meningsfortetting*

*Tabell 3 Sykepleiernes syn på egen rolle*

*Tabell 4 Sykepleiernes beskrivelser relatert til arbeidsmiljø*

*Tabell 5 Sykepleiernes beskrivelser relatert til fagmiljø*

Vedlegg 1 Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste prosjektvurdering

Vedlegg 2 Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre forskningsintervju

Vedlegg 3 Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 4 Intervjuguide

Vedlegg 5 Søkestrategi systematiske litteratursøk

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Cytostatikakurer er en viktig del av behandlingen til pasienter som rammes av kreftsykdom (Reitan and Schjølberg 2004). Ved siden av å være et legemiddel mot kreft, har stoffene bivirkninger som gjør at andre enn den som mottar behandling bør unngå eksponering. I Norge er det i hovedsak sykepleiere ved poliklinikker og sengeposter for kreftsykdommer som administrerer cytostatika til pasientene. Denne gruppen av sykepleiere har dermed en viss risiko for å komme i kontakt med cytostatiske stoffer på arbeidsplassen (Labuhn et al. 1998). I Norge er administrering av cytostatika underlagt kjemikalieforskriften og arbeidsmiljøloven, som legger føringer for hvordan denne type kjemiske stoffer skal håndteres (Arbeidsmiljøloven 2005;Kjemikalieforskriften 2001).

Verity et al. (2008) har studert sykepleieres erfaringer, holdninger og beredskapskunnskap i forbindelse med håndtering av cytostatika ved 26 sykehus i London. Resultatene fra studien viser at 49 % av sykepleierne rapporterte å være redd, skremt og engstelig når de startet å jobbe med kjemoterapi mens 86 % ble mer komfortable ved støtte av kunnskapsrike rollemodeller og hadde opparbeidet seg erfaring. Det å få undervisning i kjemoterapi var vesentlig for at sykepleierne følte seg komfortable med arbeidet og 94 % mente de ville ha nytte av mer utdanning. Blant deltakerne i studien rapporterte 44 % av sykepleierne ofte eller alltid om bekymring for væskelekkasje ved administrering av cytostatika og 37 % meldte om anafylaktiske reaksjoner. Videre bekymret 46 % seg for kunnskapsbrist hos kollegaer. Studien tar opp et tema som utfordrer sykepleiere på egne erfaringer, holdninger og kunnskap om håndtering av cytostatika i klinikken. Sykepleiere skal ha opparbeidet seg handlingskompetanse til å håndtere legemidler forsvarlig og ha handlingsberedskap til å ta del i spesialiserte behandlingsoppgaver og prosedyrer ved endt utdanning (Kunnskapsdepartementet 2008). Likevel forteller studien at undervisning om cytostatika er et udekket behov blant sykepleierne og at mange føler seg utrygge på egen og kollegers kunnskap.

Ben- Ami et al. sin studie fra 2001 dokumenterer at sykepleieres kunnskapsnivå om sikker håndtering av cytostatika ikke samsvarer med det de gjør for å beskytte seg i håndteringssituasjoner (Ben-Ami et al. 2001). Studien ser på sykepleieres kunnskap, holdninger og helseforståelse i forbindelse med håndtering av cytostatika og bruk av beskyttelsesutstyr. Ifølge studien benytter ikke sykepleierne beskyttelsesutstyr ved håndtering av cytostatika i den grad det er anbefalt. Dette danner et skille mellom det en mener er rett handlemåte og hvordan en utfører selve handlingen. Funnene fra studien sier at bruk av skriftlige retningslinjer og videre utdanning i klinikken er avgjørende tiltak for å sørge for god håndtering av cytostatika. Saltmarsh og De Vries publiserte i 2008 en studie om sykepleieres opplevelse av det å håndtere cytostatika. Informantene i deres studie understreker nødvendigheten av erfarne, kompetente og kunnskapsrike sykepleiere til oppgaver med å håndtere cytostatika (Saltmarsh and De Vries 2008).

Studiene som er presentert dokumenterer at håndtering av cytostatika ikke alltid gjennomføres etter retningslinjer for håndtering av slike legemidler. Dette feltet er ikke studert nevneverdig i norsk sammenheng. Basert på internasjonale studier og klinisk hospitering, som ga meg innsikt i temaet og sykepleiernes arbeid, har jeg antakelser om at sykepleierne ikke alltid følger retningslinjer for håndtering av cytostatika. Håndtering av cytostatika kan synes noe tilfeldig ut fra dette. Derfor vil det være interessant og viktig å få kunnskap om temaet, slik at faktorer som påvirker håndtering kan belyses.

## **1.2 STUDIENS HENSIKT OG OVERORDNET PROBLEMSTILLING**

### **STUDIENS HENSIKT**

- Få innsikt i sykepleierens håndtering av cytostatika og avdekke holdninger og kunnskap som kan påvirke deres håndtering av cytostatika.
- Få innsikt i hvorledes gjeldende retningslinjer veileder sykepleierne i håndtering av cytostatika.



## OVERORDNEDE PROBLEMSTILLINGER

- Hvordan håndteres cytostatika i avdelingen?
- Hvilke kunnskap og holdninger har sykepleiere som håndterer cytostatika?
- Hvordan håndterer sykepleiere cytostatika i henhold til gjeldende retningslinjer?

## 1.3 METODISK TILNÆRMING

Med utgangspunkt i kvalitative forskningsintervju undersøkes sykepleieres kunnskap, holdninger og ferdigheter i forbindelse med håndtering av cytostatika. På bakgrunn av meningsfortettede intervjuetekster diskuteres sentrale tema i kontekstene: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

### Forkunnskaper på studiefeltet

Som masterstudent, som studerer temaet håndtering av cytostatika, var jeg uerfaren ved studiestart. Jeg ønsket ikke å være forutinntatt i møte med forskningsfeltet, men noe kjennskap til informantenes arbeidsfelt var nødvendig for å kunne innhente empiri og gjennomføre studien. For å opparbeide meg kunnskap på området fikk jeg arrangert hospitering på en onkologisk avdeling. Der fulgte jeg med en sykepleier og fikk utforske sykepleiernes arbeidsdag med tanke på håndtering av cytostatika.

## 1.4 STUDIENS AVGRENSNING

Helseopplysninger fra informantene er ikke gjenstand for forskningsinteresse i denne studien. Der informantene under intervjuene eventuelt måtte komme med informasjon av slik karakter blir dette opplyst om og en returnerer til studietemaet.

## 1.5 OPPGAVENS ORGANISERING

I kapittel 2.0 presenteres aktuell forskning på området.

Kapittel 3.0 utgjør oppgavens teoridel. Med utgangspunkt i M. Rokeach (1968) sin verdi- og holdningsteori og H.S. Kim (1987) sitt praksisdomene i sykepleie presenteres det synet på kunnskap og holdninger som oppgaven arbeides ut fra.

Oppgavens fjerde kapittel utgjør design- og metodedelen. Her beskrives studiens design i tillegg utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av kvalitative forskningsintervju. Videre presenteres analyseprosessen og datamaterialet fortolkes på Kvaless første fortolkningsnivå; informantens selvforståelse.

I kapittel 5.0 analyseres og presenteres empiriske data fra studien med utgangspunkt i Kvaless andre fortolkningsperspektiv: kritisk forståelse basert på sunn fornuft.

Det sjette kapittelet diskuterer studiens funn i et teoretisk perspektiv og i sammenheng med aktuell forskning på temaet.

I kapittel 7.0 konkluderes og avrundes oppgaven.

## 2.0 FORSKNING PÅ OMRÅDET

### 2.1 SØKESTRATEGI OG FUNN

For å kartlegge eksisterende forskning på temaet sykepleieres holdninger og kunnskap i forbindelse med håndtering av cytostatika ble det utført systematiske litteratursøk i medisinske og sykepleiefaglige databaser.

Verktøyet PICO ble brukt for å utlede dekkende søkeord fra forskningsspørsmålet. I søkeprosessen ble så disse ordene søkt som emneord, tekstord, trunkert og kombinert i de aktuelle databasene. Eksempler på søkeord som ble benyttet er nurse, cytostatic agents, attitude, guideline, adherence, chemotherapy og attitudes.

Søkestrategien til søk i MEDLINE ligger vedlagt som vedlegg nummer 5. Søket er tilpasset de andre databasene.

Søkene ble avgrenset til engelsk og skandinavisk språk samt til å handle om mennesker og voksne personer. MEDLINE, British Nursing Index, Ovid Nursing fulltext plus, EMBASE, Svemed+ ble vurdert som relevante databaser for søk etter forskning rundt sykepleie, medisin, yrkeshygiene, holdninger og legemiddelhåndtering.

Jeg benyttet i tillegg funksjonen find similar articles i OVID. Funksjonen ble benyttet som et verktøy til å oppnå et bredest mulig litteraturgrunnlag. I tillegg har referanselistene til gode artikler kunnet gi en del relevante artikler til litteraturgrunnlaget i oppgaven.

### 2.2 LITTERATURGJENNOMGANG

Labuhn Valanis, Schoeny, Loveday & Vollmer sin studie fra 1998 undersøkte eksponering for cytostatika blant sykepleiere og farmasøyter. Det ble samlet data ved hjelp av selvrapportering fra 83 sykepleiere og farmasøyter som håndterte cytostatika. Kontrollgruppen besto av 35 sykepleiere og farmasøyter fra en nasjonal studie for

håndtering av cytostatika.

Sykepleierne administrerte opp til 33 doser cytostatika uken studien pågikk. De brukte hudbeskyttelse i 27 % av alle håndteringssituasjoner med cytostatika. 59 % brukte aldri frakk ved håndtering av cytostatika, 16 % rapporterte om hudkontakt med narkotika.

Farmasøytene som var eksponert for cytostatika tilberedte fra 1 til 50 doser. De benyttet tilstrekkelig hudbeskyttelse i 85 % av alle håndteringssituasjoner med cytostatika. 70 % brukte åndedrettsvern og 78 % benyttet alltid hansker. De som var eksponert for cytostatika ble scannet. Resultatet viste at 13 % var positive for cytostatika. Det ble funnet flekker på hanskekledde hender og i tillegg ble det funnet en flekk på en hånd etter at hansken var fjernet. Blant urinprøvene fra testpersonene testet 15 % positivt for mutagener.

Sykepleierne som testet positivt på mutagener håndterte flere doser enn de som testet negativt. De som testet positivt rapporterte om mer hudkontakt med cytostatika (Labuhn, Valanis, Schoeny, Loveday, & Vollmer 1998). Denne studien dokumenterer manglende bruk av beskyttelsesutstyr blant sykepleiere i forbindelse med håndtering av cytostatika. For leseren av studien kan det tolkes som kunnskapsmangel når en ikke benytter hansker ved håndtering av cytostatika. Spesielt da det er relativt åpenbart for publikum at stoffene er giftige og dermed farlige å komme i kontakt med. Studien til Labuhn et al er av eldre dato, og en håper er at onkologifeltet har tatt lærdom av studiens funn.

Studien til Martin et al hadde som formål å fastslå tilstedeværelse av retningslinjer og prosedyrer tilknyttet håndtering av cytostatika (Martin and Larson 2003). Funn fra studien viser at i 15 % av tilfellene der det ble tilberedt cytostatika slo man av viftene på blandingsrommet. Sykepleiere med mindre arbeidserfaring brukte beskyttelsesfrakk i større grad enn de med lenger erfaring. Hansker var tilgjengelig for sykepleierne i 100 % av tilfellene. Og mer enn 90 % benyttet hansker ved håndtering av avføring. I 82 % av tilfellene benyttet sykepleierne egne utstyrssett for å vaske cytostatikasøl. 87 % av deltakerne i studien hadde gjennomgått et opplæringsprogram som fokuserer på håndtering av cytostatika. I 85 % av arbeidsstedene var retningslinjer og prosedyrer for håndtering av cytostatika tilgjengelig for sykepleierne (ibid). Det å skru av ventilasjonsanlegget ved blanding av cytostatika fremstår som lite gjennomtenkt og kan muligens skyldes kunnskapsbrist. Med innsikt i retningslinjer for håndtering av cytostatika, tilgang på

beskyttelsesutstyr og kunnskap om stoffenes effekt på kreftceller kan en stille seg spørrende til hva som er årsaken til at en del av forsøkspersonene handlet som de gjorde.

Flere studier advarer mot en rekke skadevirkninger som kan være forårsaket av testpersonenes håndtering av cytostatika. Skadevirkninger man har forsket på er blant andre hudutslett, infertilitet, fosterskadelighet, abort, risiko for leukemi og andre krefttyper (Connor et al. 1999;Fransman et al. 2007;Ursini et al. 2006;Valanis et al. 1999). Dranitsaris et al har samlet forskning om helsearbeideres kontakt med cytostatika frem til 2005 i en systematisk oversiktsartikkel. Dranitsaris et al fant ingen statistisk signifikant sammenheng mellom helsearbeideres kontakt med cytostatika, fosterskadelighet og dødfødsel i sin oversiktsartikkel og metaanalyse (Dranitsaris et al. 2005). Likevel har man funnet cytostatika i urin og blodplasma fra personell som arbeider med tilberedning og administrering av cytostatika (Hedmer 2006;Labuhn, Valanis, Schoeny, Loveday, & Vollmer 1998).

### 3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Det teoretiske rammeverket har etablert seg gjennom utforskning og bakgrunnssøk på temaet. Sykepleieaspektet danner et naturlig utgangspunkt for studien. Suzie Kim har bidratt innen sykepleievitenskapen gjennom å strukturere sykepleie i ulike domener, deriblandt praktiske og miljømessige aspekter innen sykepleie. Kim trekkes dermed inn som en sentral del av referanserammen. Da forskningsspørsmålet dreier seg om holdninger blir Rokeach et aktuelt referansepunkt for studien. Med cytostatika som tema blir det naturlig å inkludere aktuelt lovverk og forskrifter som regulerer håndtering av dette på norske sykehus. Cytostatika benyttes som behandling av kreftsykdom, noe som aktualiserer et innblikk i det nyeste på kunnskapsfeltet om stoffenes bruk og effekten på kroppen og kreftcellene.

#### 3.1 HESOOK SUZIE KIM: SYKEPLEIEBEGREPET OG PRAKSISDOMENET

Hesook Suzie Kim beskriver sykepleierens oppgave i helsevesenet til å tilby en tjeneste eller yte sykepleie til pasienter for at de skal leve godt, sunt og tilfredsstillende i forhold til sykdom og helse.

Hesook Suzie Kims definisjon av sykepleie:

*“Nursing practice is a goal- directed deliberated, deliberative, action- oriented and coordinated work for and with people enhancing healthful living or peaceful dying, in which both patients and nurses embody the ontological realities of human features and life, and of human agency. Nursing practice is an intentionally coordinated process consisting of scientific, technological problem solving human- to- human engagement, and services to people with specific needs. It occurs in social situations of health care in which nurses assume particular sorts of responsibilities” (Kim 1987).*

Sykepleieren møter pasienten i ulike sykdoms- og livssituasjoner der sykepleieren hjelper med å fremme pasientens helse eller bidra til en fredfylt og verdig avslutning på livet.

Sykepleieren observerer og gjenkjenner pasientens lidelse. Gjennom observasjon og vurderinger utfører, veileder og underviser sykepleieren pasienten. Videre ivaretar sykepleieren pleie og trøst samt iverksetter tiltak for å avhjelpe pasientens lidelse.

Målet med sykepleie er å finne løsningen på pasientens problem. Dette kan være en kompleks prosess ved at sykepleieren underveis må forholde seg til at pasientens problem muligens ikke lar seg løse men kanskje blir en utfordring som pasienten må lære seg å leve med. Sykepleieren samhandler med pasienten med et mål om å oppnå endringer i pasientens liv og fremme helsepotensialet. Gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient er avgjørende for måloppnåelse og i forholdet mellom pasient og sykepleier kommer det mellommenneskelige aspektet frem. I følge Kim karakteriseres sykepleieutøvelsen av at den er veloverveid, målrettet og handlingsorientert og koordinert mellom pasient og sykepleier.

Sykepleieutøvelsen er ifølge Kim en kompleks disiplin utviklet fra flere ulike vitenskapelige retninger. Hermeneutisk kunnskap, etisk og estetisk kunnskap, kritisk hermeneutisk og naturvitenskapelig kunnskap anses som komponentene i sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Samhandlingen mellom sykepleier og den enkelte pasient legger føringer for hvilken kunnskap som tas i bruk gjennom sykepleieutøvelsen.

Samfunnsaspektet kommer også inn i Kims beskrivelse av sykepleierens ansvar. Det å yte helsehjelp til pasienten vil påvirke bedre helse for befolkning. Gjennom at sykepleieren yter helsehjelp til pasienten påvirkes helsetilstanden i befolkningen noe som igjen har implikasjoner for samfunnet (Kim 1987;Kim 1994;Kim 2006;Kim 2010).

### **Praksisdomenet**

Sykepleie favner både praktisk og vitenskapelig problemløsning (Kim 2010). Kim har strukturert sykepleiekunnskap i fire domener; pasient domenet; sykepleier- pasient domenet; praksis domenet og omgivelsesdomenet. De fire domenene omhandler ulike sfærer i sykepleierens empiriske verden og samlet utgjør de et forent sykepleiekonsept (Kim 1987).

Jeg benytter Kims praksisdomene som et teoretisk referansepunkt i denne undersøkelsen. Det praktiske aspektet i sykepleie dekker sykepleiefaglige aktiviteter. I en onkologisk setting

vil relevante aktiviteter være å tilegne seg nødvendig fagkunnskap som patofysiologi ved kreftsykdom, behandlingsformer til ulike krefttyper, ulike typer cytostatika samt deres effekter og bivirkninger. Videre vil kunnskap om aktuelt utstyr ved håndtering av cytostatika samt kunnskap om relevant lovverk og bestemmelser komme inn under aktuelle sykepleiefaglige aktiviteter i sammenhengen håndtering av cytostatika. Administrering av legemiddel til pasienten håndtering av avfall samt å bistå pasienten med mat og drikke, hjelp ved ubehag som oppkast og diaré, reing av seng og lindre kvalme er også relevante eksempler på praksisdomenet i Kims sykepleiebegrep.

### **3.2 MILTON ROKEACH: VERDIER OG HOLDNINGER**

Milton Rokeach anses som en nestor innen arbeidet med verdier og holdninger. Jeg har valgt hans definisjoner som teoretisk rammeverk i denne studien.

Rokeach definerer verdibegrepet slik:

A value is an enduring belief that a specific mode of conduct or end- state of existence is personally or socially preferable to an opposite or converse mode of conduct or end- state of existence (Rokeach 1968).

Holdningsbegrepet sett i sammenheng med verdier beskrives slik:

An attitude differs from a value in that an attitude refers to an organization of several beliefs around a specific object or situation (Rokeach 1968).

I følge Rokeach kan holdningsbegrepet tredeles. Han definerer begrepet som sammensatt av en kognitiv, en affektiv og en atferdsmessig del. Den kognitive delen representerer det bevisste eller kunnskapsmessige aspektet av holdningene våre. Den affektive delen lar våre følelser påvirke holdningene. Den siste og atferdsmessige delen består i det vi har til hensikt å gjøre evt. ikke gjøre på bakgrunn av våre holdninger. Verdier legger føringer for holdninger og atferd og anses som å være mer resistente for endring enn holdninger. I en onkologisk setting vil en kunne si at sykepleiers holdninger styres av personlige verdier og at dennes væremåte, fagkunnskap og følelser er avgjørende fagutøvelsen følgelig håndtering av cytostatika. Med andre ord kan en si at holdningene våre styres av vår kunnskap, følelser og atferd. Rokeach omtaler verdier som grunnlaget for holdninger. Verdier anses som mer



robuste og dermed mer utfordrende å endre enn holdninger. Å snu en trend på en sykehusavdeling til for eksempel mer aktiv bruk av retningslinjer ved håndtering av cytostatika forutsetter at en endrer på hvordan oppgaver utføres. Det vil forutsette at de ansatte utfordrer allerede innarbeidede rutiner samtidig som eksisterende holdninger om hvordan ting skal gjøres vil måtte justeres. I følge Rokeach kan holdningene endres, mens de grunnleggende verdiene til hver enkelt trolig vil bestå (Rokeach 1973).

### **3.3 KUNNSKAP: EFFEKTEN AV CYTOSTATIKA**

Utgangspunktet for behandling med cytostatika er ulikhetene mellom normale og maligne celler. Det er mulig å skade kreftcellene uten å ramme normale celler. Likevel er ikke forskjellen mellom de to celletypene stor nok til at en unngår uttalte bivirkninger som følge av behandling med cytostatika. Nydiagnostiserte kreftpasienter mottar aggressiv cytostatikabehandling med høy dosefrekvens fra første stund. Dette for å utrydde kreftcellene og hindre multiresistente kreftformer. Cytostatika deles inn etter virkningsmekanismer. De tre hovedgruppene er mitosehemming, metabolsk blokada og effekter på DNA (Dahl 2009;Slørdal 2009). Stadig økt kunnskap om kreftutvikling gir et håp om å kunne bekjempe kreftspredning i fremtiden (Wist 2009).

### **3.4 DEFINISJON AV BEGREPET HÅNTERING AV CYTOSTATIKA**

Med håndtering av cytostatika menes oppbevaring, anskaffelse, utlevering av eller å gjøre i stand pasientdoser samt håndtering av avfallsprodukter fra pasienten (Bruun et al. 2009).

### **3.5 YRKESETISKE RETNINGSLINJER FOR SYKEPLEIERE**

Etiske retningslinjer for sykepleiere omhandler i hovedsak sykepleierens forhold til pasient, pårørende, profesjonen, samfunnet, arbeidsstedet og medarbeidere. Etisk bevissthet og solid dømmekraft er en forutsetning for sykepleiernes faglige ansvar i samfunnet.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal angi retningen når det fattes vanskelige beslutninger, noe som betyr at retningslinjene ikke gjengir lovtekster eller definerer hva som er faglig forsvarlig. Som sykepleier er man forpliktet å sette seg inn i og forholde seg til etiske retningslinjer for sykepleiere, utarbeidet av International Council of Nursing (International Council of Nursing(ICN) 2007). To sentrale punkter i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er spesielt relevant i forbindelse med håndtering av cytostatika. Det første punktet dreier seg om sykepleieren og profesjonen. Her trekkes sykepleierens faglige, etiske og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelse av sykepleie frem. Sykepleieren står altså ansvarlig for at egen yrkesutøvelse er av faglig og etisk god standard. Sykepleiere som arbeider med behandling av kreftpasienter er på denne måten forpliktet til å ha tilegnet seg tilstrekkelig kompetanse innen onkologifeltet til å kunne fungere som ressursperson for pasienter og kollegaer i en onkologisk setting. Det andre omhandler sykepleieren og arbeidsstedet der betydningen av at sykepleieren setter seg inn i og er lojal mot arbeidsstedets visjon, mål, verdier og retningslinjer fremheves (International Council of Nursing(ICN) 2007). Helseforetakene pålegges å utarbeide faglige retningslinjer for håndtering av cytostatika (Kjemikalieforskriften 2001). I følge etiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleieren forpliktet til å sette seg inn i og følge helseforetakets retningslinjer for håndtering av cytostatika. Sagt på en annen måte vil det å ikke sette seg inn i eller benytte foretakets retningslinjer for håndtering av cytostatika kunne sees på som et brudd på etiske retningslinjer for sykepleiere. Å være sitt etiske ansvar bevisst ved håndtering av cytostatika er av betydning for å fremme god og forsvarlig sykepleiepraksis.

### 3.6 ARBEIDSMILJØLOVEN

Arbeidsmiljøloven og kjemikalieforskriften belyser aktualiteten ved studiens tema. Arbeidsmiljølovens kapittel 3 § 3 pålegger arbeidsgiver å sikre ivaretagelse av arbeidernes helse, miljø og sikkerhet. Arbeidsgiver skal vurdere risikoforholdene i virksomheten gjennom kartlegging av farer og risiko samt iverksette tiltak for å redusere helserisiko. Videre skal arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker får nødvendig instruksjon, øvelse og opplæring og gjøres kjent med ulykker og helsefarer ved arbeidsstedet. Kapittel 4, § 4 krever at arbeidsmiljøet skal være tilrettelagt og sikrer arbeidstaker mot helseskader, ulykker og

særlig ubehag. På grunn av kjemikalier eller biologisk materiale skal virksomheten ha nødvendig utstyr og rutiner for å motvirke og hindre helseskader (Arbeidsmiljøloven 2005).

### **3.7 KJEMIKALIEFORSKRIFTEN**

Kjemikalieforskriften tar for seg potensielt yrkeshygienisk belastning, som håndtering av cytostatika representerer. Kjemikalieforskriften omtaler blant annet opplæring og informasjon, krav til bruk av personlig verneutstyr og krav til rom, tilberedning og kontroll, administrasjon av cytostatika, vevstoksisitet i cytostatika og håndtering av avfall og søl (Kjemikalieforskriften 2001).

## 4.0 STUDIENS FORSKNINGSDESIGN OG METODE

### 4.1 DESIGN

Det sies gjerne at spørsmålet bestemmer valg av design og metode for en forskningsstudie (Lorensen 1998). Hva en ønsker å finne svar på gjennom en studie angir altså utgangspunktet hvordan en bør gå frem for å finne svarene. I tillegg til å fungere som en plan for gjennomføringen av studien sier designet noe om studiens kontekst, teoretiske grunnlag og plassering i en vitenskapelig setting. For at leseren skal være i stand til å vurdere studiens pålitelighet er det nødvendig med en redegjørelse for den metodiske fremgangsmåten (Kvale and Brinkmann 2009; Lorensen 1998; Polit and Beck 2008).

Studier av temaet sykepleieres håndtering av cytostatika er ikke utbredt i særlig grad i norsk sammenheng. Med tanke på at håndtering av cytostatika er underlagt kjemikalieforskriften og at sykepleiere ved norske sykehus håndterer disse stoffene til daglig er dette et interessant forskningstema. I følge Kvale er utforskende design preget av fleksibilitet og en egnet tilnærming for å oppdage nye fenomen (Kvale & Brinkmann 2009; Malterud 2003). Som det redegjøres for i kapittel 1.1, finnes det noe forskning på dette temaet. Det er dermed interessant å få økt innsikt i det som allerede finnes og utdype fenomenet i en norsk kontekst. Beskrivende design benyttes gjerne for å videreutvikle og få ny innsikt i eksisterende fenomen. Forskningsspørsmålet som stilles i denne studien tar for seg sykepleieres håndtering av cytostatika, hva som karakteriserer sykepleiernes kunnskap, deres holdninger og ferdigheter når det kommer til situasjoner der de håndterer cytostatika. Dette åpner for studier av utforskende og beskrivende art. I denne sammenheng vurderes Kvalitative forskningsintervju som en adekvat metode da det er interessant med en relativt åpen struktur og tilnærming til forskningsfeltet (Kvale & Brinkmann 2009; Malterud 2003; Polit & Beck 2008).

## 4.2 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU SOM METODE

Målsetningen med denne studien er å avdekke kunnskap, holdninger og ferdigheter som kan ha påvirkning for sykepleieres håndtering av cytostatika gjennom en studie av deres erfaringer, forståelse og opplevelse av temaet. Valg av metode for datainnsamling til denne studien faller på individuelle semistrukturerte dybdeintervju. Denne intervjuformen er en fruktbar metode for å studere sykepleieres erfaringer og holdninger. Med det semistrukturerte intervjuets løse form gis informanten mulighet til å snakke fritt, noe som åpner for informantens spontane ytringer, meninger og synspunkt. Dette gir forskeren mulighet til å gå i dybden for å kartlegge nyanser ved informantens opplevelse av og syn på fenomenet som studeres. Intervjueren følger opp informantens svar gjennom oppfølgingsspørsmål. Informanten oppfordres dermed til å utdype sine svar og eventuelle misforståelser vil kunne avverges. På denne måten sikres et rikt og relevant datamateriale med en type informasjon som vil være av verdi for å belyse forskningsspørsmålet.

## 4.3 UTVALGET

Til denne studien ble det foretatt et strategisk og hensiktsmessig informantutvalg. For å oppnå bredde og variasjon i studiepopulasjonen av sykepleiere som håndterer cytostatika ble informanter rekruttert fra to ulike sykehus og to ulike typer avdelinger. Dette for å hindre et ensrettet utvalg og åpne for alternative tolkninger i datagrunnlaget. Informantene arbeidet ved sengepost eller poliklinikk for kreftsykdommer. Informantenes alder og antall år med arbeidserfaring varierte. Informantene fra sengepost var yngre enn sykepleierne som jobbet ved poliklinikken. Ved sengeposten var sykepleierne i 20 og 30- årene, mens ved poliklinikken var alderen rundt 40 år og oppover.

### Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien var at sykepleieren håndterer cytostatika i sin arbeidshverdag. I tillegg var det ønskelig at studiepersonene hadde minst 2 års arbeidserfaring som sykepleier. Dette for at informantene skulle være godt kjent med rutiner på eget arbeidssted og ha tilstrekkelig kjennskap til håndtering av cytostatika i egen

klinikk. På tross av inklusjonskriteriet på minst 2 års arbeidserfaring valgte jeg å beholde en informant som viste seg å ha arbeidet ved avdelingen i kun 1,5 år.

### Rekruttering

Informantene ble rekruttert gjennom sin nærmeste overordnede. Avdelingssykepleieren frigjorde de aktuelle informantene fra kliniske oppgaver den tiden intervjuet pågikk slik at det ble mulig å gjennomføre intervjuene i sykepleiernes arbeidstid. På denne måten kunne intervjuet foregå uforstyrret, ved at informanten ikke måtte forlate rommet dersom deres pasient eventuelt skulle trenge hjelp. Avdelingssykepleierne tilrettela videre for innhenting av empirisk materiale gjennom å ordne med lokale der intervjuene kunne foregå uten innblanding.

Jeg ønsket å kunne sammenligne og vurdere erfaringer fra denne studien mot eksisterende forskning. Holdninger til bruk av beskyttelsesutstyr er tidligere beskrevet til å variere med alder og arbeidserfaring (Martin & Larson 2003). Et annet punkt som er kjent fra litteraturen er nyansatte sykepleieres tanker, angst og frykt i forbindelse med administrering av cytostatika (Verity et al. 2008). Dette var også en grunn til at jeg ønsket å snakke med sykepleiere med variasjon i alder og erfaring.

### Metningspunkt

På tross av at en hadde tilstrebet et spredd utvalg gjennom faktorer som alder, arbeidserfaring og geografi gikk en del av svarene igjen. Det meldte seg en opplevelse av saturasjon i datamaterialet gjennom de siste intervjuene. Jeg satt igjen med inntrykket av at det ikke var mer å hente av relevans for temaet mot slutten. Den enkelte informant hadde fortalt det den satt inne med av informasjon på området og vi nådde et metningspunkt for intervjuet. Følelsen av å ha intervjuet et tilstrekkelig antall informanter for å kunne belyse studiens forskningsspørsmål var nådd.

Jeg endte opp med et utvalg på syv informanter. Ved tidspunktet for studien arbeidet samtlige informanter ved sengepost eller poliklinikk og hadde fra 1,5 år til over 20 års arbeidserfaring. Praktiske forhold spilte også inn for størrelse og variasjon i utvalget. Ved ett tilfelle lot det seg ikke gjøre å frigi flere sykepleiere fra klinikken på studietidspunktet.

## 4.4 INTERVJU FOR DATAINNSAMLING

### Teoretisk bakgrunn

Valg av teoretisk referanseramme til denne studien er basert på mine antakelser etter litteraturgjennomgang på området. Den teoretiske referanserammen danner grunnlaget for utarbeiding av intervjuguiden (Kvale & Brinkmann 2009).

Kims praksisdomene tar for seg sykepleieres arbeidsmetoder og kliniske ekspertise. Videre omhandler praksisdomenet kognitive, atferdsmessige og sosiale aspekter på profesjonelle handlinger foretatt av sykepleiere for å tilnærme seg pasientens problem. Praksisdomenet dekker variasjonene i sykepleiernes handlinger med kompetanseutvikling, utvikling av klinisk sykepleieekspertise og måten sykepleieren løser etiske dilemma på. I praksisdomenet inngår organisatoriske og strukturelle faktorer som normer, etikk, konvensjoner og standarder som inngår i sykepleiekulturen. Praksisdomenet inkluderer også variabler som sykepleierens personlige kunnskapssystem, profesjonelle karakteristikk, faglige dedikasjon, holdninger, kognitive stil og andre kjennetegn som er utviklet gjennom tidligere erfaringer (Kim 1987).

Rokeach sin teori om verdier og holdninger er tredelt og omhandler kognitive affektive og adferdsmessige komponenter. Menneskets holdninger styres av personlige verdier, væremåte, fagkunnskap og følelser, i følge Rokeach. Sykepleierens verdier er på denne måten grunnlaget for dennes holdninger i utøvelsen av yrket (Rokeach 1973). Dette er gjeldende innen sykepleiefaget ved for eksempel sykepleierens håndtering av cytostatika.

### Utforming av intervjuguide

Studiens problemstilling omhandler sykepleieres kunnskap om og holdninger til håndtering av cytostatika. I tillegg søker undersøkelsen forståelse for hvordan sykepleiere tenker og tar avgjørelser, overfører kunnskap til handling samt benytter tilgjengelig kunnskap i praktisk kontekst. Rokeach sin teori om holdninger samt Kims praksisdomene innen sykepleie benyttes for å operasjonalisere disse begrepene og strukturere intervjuet.

I følge Kvale og Brinkmann er intervjuguiden med på å sikre struktur på intervjuet og metoden for innsamling av empiriske data til studien. Den semistrukturerte formen skal samtidig ivareta informantens mulighet til å snakke fritt rundt spørsmålene da fokuset er

informantens opplevelse av emnet (Kvale & Brinkmann 2009). Et sentralt trekk ved det semistrukturerte intervju er å gå rimelig åpent ut for utforsking av informantens opplevelse av fenomenet. Ønsket om at informantene skal fortelle om egenopplevde episoder, utdype opplevelser av fenomenet og avdekke holdninger er hensikten ved å fokusere spørsmålene rundt informantenes opplevelser, meninger og erfaringer. For å få tilgang på informantens frie uttalelser om forskningstemaet er det viktig å skape et likeverdig forhold, åpen kommunikasjon og godt samspill mellom informant og intervjuer. Strukturen er dermed tonet noe ned. Intervjuguiden representerer strukturen i intervjuet, mens oppfølgingsspørsmålene ble konstruert der og da på bakgrunn av informantens spontane svar på spørsmålene fra guiden. Bruk av spørsmålene fra intervjuguiden er avgjørende for å oppnå det samme utgangspunkt for informantene i utvalget når data og resultat skal sammenlignes (Ryen 2002).

Intervjuguiden ble konstruert med innledningsspørsmål, hovedspørsmål og avsluttende spørsmål. Ved bruk av en utforskende tilnærmingstype med tematiske spørsmål og deskriptiv spørreform er målet å få spontane beskrivelser av studiefenomenet fra informantene. Spørsmål i intervjuguiden som "hva vektlegger du ved håndtering av cytostatika", "hvilken kunnskap ser du som viktig", "hvilken oppfatning har du av hvordan cytostatika håndteres på ditt arbeidssted" og "gi gjerne eksempler" har til formål å avdekke informantens holdninger, kunnskaper og ferdigheter på studietemaet. I tillegg vil en kunne avdekke informantenes dedikasjon, drivkraft, meninger og erfaringer om temaet håndtering av cytostatika. På denne måten utforskes informantenes syn på egen rolle og håndtering av cytostatika. Det var ønskelig at informanten følte seg komfortabel til å snakke fritt under intervjuet for at en skulle få muligheten til å studere temaet i dybden. Informantene skulle heller ikke føle press til å angi arbeidskollegaer eller overordnede. Jeg så for meg at en slik situasjon vil kunne hindre informanten i å fortelle fritt om sin livsverden.

Intervjuguiden endte opp med 10 hovedspørsmål. Den er designet med innledningsspørsmål som tar for seg bakgrunnsinformasjon som antall års erfaring, arbeidsstedet og lignende. Innledningen av intervjuet er ment til å være enkel start på intervjuet. Målet var å bli kjent med informanten og etablere tillit. Konkrete spørsmål som "har du videreutdanning", "hvor mange år er det siden du tok utdanningen" var aktuelle å starte med.



Hovedspørsmålene tar for seg hva informantene ser som viktig når det kommer til håndtering av cytostatika, hygiene, oppfølging av pårørende, bruk av beskyttelsesutstyr, og rutiner i avdelingen med tanke på opplæring og faglig oppfølging av de ansatte.

Avslutningsspørsmålene avrunder intervjuet og dreier seg om sykepleiernes erfaringer i forbindelse med opplæring i avdelingen. Etter det siste spørsmålet er det ønskelig med en naturlig overgang til oppsummerende spørsmål for så å avslutte med en kort samtale der vi kan snakke om det informanten måtte ha på hjertet eller ikke har fått fortelle om under selve intervjuet. I tillegg avrundes intervjuet ved at det åpnes for å snakke om informantens opplevelse av intervjusituasjonen.

Intervjuguiden har blitt testet på arbeidskolleger for å evaluere spørsmålenes tydelighet og brukervennlighet. Det har blitt gjennomført testintervju med intervjuguiden på en sykepleier fra tilsvarende arbeidsfelt. Testintervjuet og innspill fra kolleger har medført justering av intervjuguiden og bidratt til trening i intervjuteknikk.

Som illustrasjon presenteres en tabell over hvordan intervju spørsmål er utledet fra forskningsspørsmålene.

*Tabell 1 Intervju spørsmål utledet fra forskningsspørsmål*

<b>Forskningsspørsmål</b>	<b>Intervju spørsmål</b>
Hvordan håndteres cytostatika i avdelingen?	*Kan du fortelle litt om arbeidsdagen din her i avdelingen? *Hva vektlegger du når det gjelder håndtering av cytostatika? (bruk gjerne eksempel)
Hvilke kunnskaper, holdninger og ferdigheter har sykepleiere som håndterer cytostatika?	*Hvilke tanker gjør du deg når du gir pasienter cytostatikabehandling? *Hvilke kunnskaper mener du er viktige når det gjelder slik behandling? *Hva mener du er typiske vurderinger som du må gjøre ved håndtering av cytostatika?(bruk gjerne eksempel) *Hva tenker du om det å ha videreutdanning? *Hvordan kan du som sykepleier best vise omsorg for pasienter(og familie) som mottar denne type behandling? (bruk gjerne eksempel)

---

Hvordan håndterer sykepleiere cytostatika i henhold til gjeldende retningslinjer?

---

\*Hvordan foregår opplæring i håndtering av cytostatika ved din avdeling?

---

## 4.5 INTERVJUSITUASJONEN

### Gjennomføring av intervjuene

Det ble benyttet diktafon til selve intervjuet. Intervjusesjonen foregikk på kontor eller møterom på informantens arbeidsplass adskilt fra den kliniske virksomheten. Intervjuene ble innledet med en kort introduksjon til studiet og temaet for masterarbeidet før vi gikk i gang. Det var satt av én time per intervju og intervjuene tok fra ca 30 til 50 minutter. Lengden på intervjuene varierte, avhengig av hvor mye informanten hadde å fortelle om temaet.

### Kontekst og datainnhenting

Fagermoen omtaler forskeren som en studies viktigste verktøy (Fagermoen 2005). Rollen som intervjuer er sånn sett avgjørende for å sikre pålitelige data til studien. Det å kommunisere ydmykhet, interesse, og å skape et forum for fri tale og refleksjon rundt forskningstemaet er min oppfatning av nøkkelen til et godt datamateriale. Enkelte informanter fortalte i etterkant av intervjuene at de i utgangspunktet var ukomfortable med å være i fokus. Likevel lot de seg rekruttere til studien og gjennomførte intervjuet. Etterpå opplevde samtlige informanter å være fornøyd med samtalen og at deres arbeidsfelt hadde vekket forskningsinteresse.

### Spørsmålsstilling

Temaene ble introdusert gjennom åpne spørsmål fra intervjuguiden som informanten svarte spontant på. Informanten fikk snakke fritt rundt spørsmålets tema før jeg fulgte opp svarene med kritiske og klargjørende oppfølgingsspørsmål for å avdekke informantens opplevelse av forskningstemaet. Dersom informanten hadde behov for klargjøring ble spørsmålene omformulert slik at jeg var sikker på at informanten forsto intervju spørsmålene. For best mulig flyt i intervjuet fikk informanten "snakke seg tom" som svar på et spørsmål før neste

spørsmål fra guiden ble valgt som naturlig etterfølger av forrige tema. Dette medførte noe endring i rekkefølgen på spørsmålene i de ulike intervjuene. Rekkefølgen på intervju spørsmålene ble på denne måten uavhengige av guiden og tilpasset hver enkelt informant og intervjusituasjon. Dette ga intervjuene en løsere form og skapte intervjusituasjoner preget av likeverdig samtale mellom intervjuer og informant. Endring av rekkefølge i spørsmålene ble ordnet i etterkant av intervjuet.

Fordomsfrihet ved spørsmålsstilling er vektlagt under intervjuene. Jeg tilstreber at intervju spørsmålene ikke skal være av ledende karakter eller føre informanten i svarets retning. De fleste spørsmålene i guiden er direkte, som for eksempel: "hvilke tanker gjør du deg når du skal gi cytostatika til en pasient". Ved oppfølging av informantens svar benyttes også indirekte spørsmål som for eksempel: "hvorfor tror du at de som har vært her lenger dropper det". Avhengig av hva informanten svarer på hvert enkelt spørsmål har jeg benyttet fortolkende spørsmål. "Så det finnes en prosedyre som er til utarbeiding nå..." er et eksempel. På denne måten utforskes informantens verden fra ulike vinkler og forhold ved sykepleiernes arbeidshverdag og håndtering av cytostatika kan avdekkes. Gjennom å gjenta sentrale ord i informantens utsagn søker jeg dypere i informantens spesifikke opplevelse. For eksempel: "litteratur, hva tenker du på da...", "blandeprosedyre sier du..." "du sier nødvendig onde..." "har du eksempel eller vil du fortelle litt rundt infusjon...?".

### **Forsker- informant relasjonen**

Under intervjuet brukte jeg bevisst taushet og kroppsspråk for å vise interesse for informantens livsverden samt invitere informanten til å fortelle og utdype sine svar. Dersom informanten stoppet opp benyttet jeg replikker som "fortell gjerne mer..." for å oppfordre til rikest mulige svar. Som intervjuer ble intervjuteknikk og det å forholde seg kritisk til det som kom frem av intervjuene viktige for meg. I følge J. Mason er aktiv lytting, refleksjon, fortolkning og kritisk sans avgjørende for gode dybdeintervjuer (Mason J. 2007). Jeg tilstrebet å etablere tillit mellom informanten og meg selv. Dette for at informanten skulle bli komfortabel og fortelle om egne erfaringer og opplevelser av relevans for intervjutemaet. Jeg oppnådde å få relevante svar på forskningsspørsmålene gjennom intervjuene. Samtidig fikk informantene oppleve at historier fra deres arbeidshverdag var av forskningsmessig nytteverdi uten at intervjuene ble invaderende. Informasjon i starten av intervjuet,

tilnærmingen til temaet og interesse for informantenes arbeidshverdag og kan være noe av årsaken til at intervjuene ble gjennomført på en tilfredsstillende måte.

### **Avbrutt av kollega**

Ved to tilfeller ble intervjuene avbrutt av kollega som kom inn for å gi en beskjed eller at neste informant lurte på hvor lenge vi hadde igjen. Avbruddene kom på slutten av intervjuene og kan muligens ha bidratt til at informanten mistet konsentrasjonen. Vi gikk umiddelbart videre med intervjuene og fullførte som planlagt.

### **Avslutningssamtale med informanten**

Som en avrunding på intervjusamtalene ble diktafonen slått av og det ble åpnet for en samtale rundt informantens opplevelse av intervjusituasjonen. Jeg spurte også om det var noe informanten følte den ikke hadde fått fortelle om. Her fikk informantene fritt spillerom til å luften eventuelle tanker de satt igjen med i etterkant av intervjuet. Samtlige var positive til at deres arbeidsfelt var gjenstand for forskningsinteresse. Enkelte av informantene fortalte at de i utgangspunktet ikke trives i intervjusituasjoner, men i etterkant opplevde intervjuet som en positiv og interessant opplevelse. Ingen av informantene ønsket å trekke seg fra studien, derimot håpet flere at studien skulle publiseres i tidsskrift slik at de fikk mulighet til å lese om studien de hadde bedratt i. Informantene så det som positivt at håndtering av cytostatika vekker forskningsinteresse og flere uttrykte at de savnet forskning og vitenskapelig dokumentasjon på sitt arbeidsfelt.

### **Notater etter intervjuene**

Jeg brukte noen minutter etter hvert intervju til å summere opp hva som hadde kommet frem av intervjuet. Jeg gjennomgikk stemningen hos informanten, om eventuell anstrengthet eller nervøsitet var å finne hos informanten og om dette løste seg underveis i intervjuet eller påvirket miljøet på en måte som kunne virke inn på intervjuets resultat. Dette inngår som en del av dataanalysen og disse notatene ble hentet frem igjen som et supplement ved transkripsjon og analyse av intervjuene.

## 4.6 DATAANALYSE

### Transkribering

Lydfilene ble lyttet igjennom og transkribert til rådata. Transkriberingen ble markert med lyder som latter, sukk, oppgitthet og pauser for å gjengi informantens opplevelse og livsverden som var gjenstand for intervjuene.

### Bruk av tabeller i analysen

Tabeller er benyttet som et analytisk verktøy for å organisere, gi oversikt over og se sammenhenger i datamaterialet. Dette fungerer i tillegg som dokumentasjon på hvordan funn og kategorier har dannet seg underveis i analysen av datamaterialet for å oppnå en transparent prosedyre.

### Meningsfortetting

Da intervjuene var ferdig transkribert gikk jeg i gang med å komprimere lange setninger fra tekstene til kortere formuleringer. En slik fortetting av tekst gjengir intervjuetekstens mening med få ord samtidig som den lar naturlige meningsenheter komme frem. På denne måten ble datamaterialet meningsfortettet ved at utsagnene ble kortet ned og sammenskrevet uten at meningen ble fordreid. En kan si at materialet kondenseres eller at en trekker ut essensen av datamaterialet. Dette gjør utsagnene mer leservennlige samtidig som en er tro mot teksten. Det fortettede materialet ble gjennomgått og sentrale tema lokalisert. Sammen med intervjueteksten ble det meningsfortettede materialet gjenstand for videre fortolkning (Kvale & Brinkmann 2009).

### Meningsfortolkning

Gjennom fortolkning av informantenes utsagn fra rådata og meningsfortettet materiale ble sentrale tema i datamaterialet utviklet. Videre ble funnene fortolket etter Kvaless analyse av forskningsintervju i nivåene selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. Den teoretiske bakgrunnen for studien dannet konteksten for hvordan analysen av intervjuene foregikk. Jeg holdt det teoretiske perspektivet fra Rockeach og Kim

som bakteppe under fortolkningen av datamaterialet, slik Kvale beskriver teoriens rolle innen analyse av kvalitative forskningsintervju (Kvale & Brinkmann 2009).

For å vurdere funnernes gyldighet i informantens kontekst ble funnene sett på i den sammenhengen de var hentet fra; råteksten fra intervjuene. Hensikten var å sikre at hovedtemaene speilet datamaterialet og at informantens utsagn ikke ble fordreid eller tatt ut av sin kontekst. Etter videre fortolkning av materialet dannet det seg tre hovedtema.

#### **4.6.1 Meningsfortolkning i konteksten selvforståelse**

I det første fortolkningsnivået ble tekstene gjennomgått og fortettet. Jeg omformulerte den intervjuedes uttalelser samtidig som jeg holdt egne tolkninger innenfor intervjupersonens forståelseskontekst. Det empiriske materialet ses fra intervjupersonens synsvinkel og en tilstreber å være fordomsfri i fortolkningen. Videre ble det fortettede materialet sammen med råteksten fra intervjuene gjennomgått systematisk for å forstå hva informanten ville oppfattet som meningen med egne uttalelser. Dette nivået i analyse av kvalitative forskningsintervju omtales som selvforståelse (Kvale & Brinkmann 2009).

Ut fra informantens selvforståelse av datamaterialet danner det seg tre sentrale tema; sykepleierens rolle, arbeidsmiljø og fagmiljø. Her følger en presentasjon av informantens selvforståelse.

#### **Sykepleierens rolle**

Dette temaet dreier seg om informantens syn på egne oppgaver og funksjon i pasientens behandlingshverdag. Tilbereding og administrasjon av cytostatika, bistand til pasienten i daglige gjøremål samt utføre delegerte oppgaver fra lege er eksempler som tilhører sykepleierens rolle i denne studien.

#### **Arbeidsmiljø**

Temaet innebærer faktorer som påvirker sykepleierens arbeidsdag med tanke på rammer, ressurser, lokaler, verneutstyr og potensielle risikosituasjoner for sykepleieren som arbeidstaker. Kategorien dekker også arbeidsgivers tiltak for forsvarlig håndtering av cytostatika på arbeidssstedet slik det omtales i kjemikalieforskriften og arbeidsmiljøloven.

## Fagmiljø

Fagmiljø dreier seg om de faglige ressurser og rammer som ligger til grunn for utøvelse av sykepleie i denne undersøkelsen. Tilrettelegging for faglig utvikling, anvendelse av forskning i klinisk praksis og tverrfaglig samarbeid. Organisering av opplæring og tilgang på ressurspersoner som kan bidra ved faglige utfordringer er aktuelle faktorer som sorterer under dette sentrale temaet.

### Tabell for utvikling av sentrale tema fra meningsfortettet materiale

Gjennom analyse av den fortattede teksten dannes sentrale tema. Disse fremstår som viktige meningsstrukturer relatert til de intervjuedes selvforståelse. Her gis noen eksempler.

Tabell 2 Utvikling av sentrale tema fra meningsfortetting

Sentrale tema	Meningsfortetting
<b>Sykepleierens rolle</b>	<p><i>"Det er min jobb å motivere pasienten til å stå i behandlingen når det blir tungt"</i></p> <p><i>"Når vi henger opp den første cytostatikaen vet man at det her vil bryte pasienten helt ned. Vi påfører dem mye vondt... men det er jo for å få pasienten frisk"</i></p> <p><i>"Cellegiftbehandlingen er et nødvendig onde som må til for at pasienten skal bli frisk"</i></p> <p><i>"Videreutdanning tror jeg er bra, ikke bare på grunn av cytostatika, men når du jobber med kreftpasienter så er det en fordel "</i></p> <p><i>"Videreutdanningen har vært veldig nyttig for meg. En våger å tilnærme seg pasienter mer og blir bevisst en del ting. Jeg har vokst faglig på det"</i></p>
<b>Arbeidsmiljø</b>	<p><i>"Mange synes det er litt ekkelt er at vi egentlig ikke vet hva som skjer med oss som jobber i dette på lang sikt"</i></p> <p><i>"En må vite hvor katastrofesettet befinner seg og hva som er oppi, holde hodet kaldt, ikke bare kaste seg over"</i></p> <p><i>"Vi beskytter oss selv og de andre pasientene mot pasientens svette, oppkast og avføring"</i></p> <p><i>"Det er viktig at en beskytter seg ved håndtering av cytostatika. Du har på deg hansker og munnbind, for det kan være noe i lufta. En bruker mye cellostoffer for å tørke opp og vasker med grønnsåpe og</i></p>

---

*sprit etterpå"*

*"De gravide må bare la cytostatikaen ligge selv om det er mye å gjøre i avdelingen og de kanskje føler seg unyttige"*

---

#### **Fagmiljø**

*"Man kan søke opp prosedyrer på intranettet, men det er veldig enkelt å spørre en annen"*

*"Nyansatte får kurs i cytostatikahåndtering ved første og beste anledning"*

*"Vi har en fadderordning der den nyansatte tar over etter hvert. Jeg fikk tre uker opplæring"*

*"Jeg tror alle hadde cytostatikakurs før de kom hit"*

*"Jeg hadde jobbet med cytostatika i mange år. Det var selvfølgelig at dette har du gjort før så dette kan du"*

*"Vi har ingen fagsykepleier på poliklinikken. Det jobber vi for å få, men det krever jo penger"*

*"Vi har en fagsykepleier som jeg alltid kan spørre. I tillegg finnes litteratur om cytostatika og e- håndboka"*

---

#### **4.6.2 Meningsfortolkning i konteksten kritisk forståelse basert på sunn fornuft**

Kritisk forståelse henspiller på det allmenne publikums forståelse. Denne type analyse har en bredere forståelsesramme enn selvforståelse og holder seg innenfor allmenn forståelse (Kvale & Brinkmann 2009). På dette nivået i analysen ble utsagnene fortolket ved at jeg stilte kritiske spørsmål til tekstene og fant svar på hva datamaterialet kunne fortelle om studiefenomenet. Underveis i analyse av intervju teksten stilte jeg spørsmål som: hva går igjen i materialet, hva illustrerer informantenes utsagn, hva stiller utsagnene spørsmål ved, hva er utsagnene positive til, hva er de kritiske til, hva er utsagnene enige eller uenige i, hva sier utsagnene om eventuelle mangler i sykepleiernes arbeidshverdag, hva har informantene kunnskap om, hva mangler de kunnskap om? Gjennom å forholde seg kritisk til informantenes uttalelser og fokusere på innholdet i informantenes utsagn samt personen bak uttalelsene presiseres og berikes tolkningen. Fortolkningen av informantenes utsagn dannet sentrale tema og undertema som representerer studiens funn.



#### 4.6.3 Meningsfortolkning i konteksten teoretisk forståelse

Dette analysenivået går lenger enn intervjupersonens selvforståelse og lenger enn tolkning basert på sunn fornuft. Med analyse gjennom teoretisk forståelse fortolkes funnene ut fra studiens teoretiske rammeverk, eksisterende litteratur på området og ender opp med studiens hovedfunn og svar på studiens forskningsspørsmål. I kapittel 6.0 løftes analysen av datamaterialet fra kritisk forståelse basert på sunn fornuft opp på et mer teoretisk nivå. Funnene fortolkes mot teori innen kommunikasjon, lidelse, krise, mellommenneskelige relasjoner og utvikling av sykepleiekunnskap- og ekspertise. De sentrale temaene som kommer frem tidligere i analysen er benyttet som utgangspunkt for å teoretisere det empiriske materialet og se det i lys av eksisterende kunnskap på området. Denne studien startet med en teoretisk forståelsesramme bestående av begrep fra H. S. Kim og M. Rokeach sitt arbeid som står omtalt i kapittel 3.1 og 3.2. I tillegg danner kjemikalieforskriften, arbeidsmiljøloven, etiske retningslinjer samt nyere forskning aktuelle teoretiske kontekster. Under fortolkningen av datamaterialet har det fremkommet nye perspektiv innen temaene krise, ekspertise, relasjoner og kommunikasjon innen sykepleie.

#### 4.7 STUDIENS GYLDIGHET; VALIDITET, OVERFØRBARHET, RELIABILITET

##### Validitet

Begrepet validitet benyttes gjerne om utsagn som en finner riktige, sanne og sterke. Et overbevisende, velfundert og fornuftig argument oppnår betegnelsen valid. I følge Kvale omhandler validitet i hvilken grad en metode undersøker det fenomenet som er gjenstand for undersøkelsen eller om forskerens refleksjoner forteller noe om feltet som undersøkes. En studies validitet vurderes etter en studies håndverksmessige kvalitet og forutsetter at funnene utspørres, sjekkes og teoretisk fortolkes gjennom forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann 2009; Malterud 2003).

Formålet med intervjuene er å finne sann viten om sykepleieres håndtering av cytostatika ved norske sykehus. For å kontrollere validitet og gyldighet på datamaterialet i forhold til informantens opplevelse av fenomenet ble tekstene jevnlig vurdert. Spørsmålene dreide seg rundt hva sier uttalelsene noe om, hvem sier tekstene noe om, hvem er kunnskapen dekkende for, hvilken kunnskap er avdekket gjennom utsagnene, hva er gyldig viten i

uttalelsene, har utsagnene gitt kunnskap med røtter i den virkeligheten den stammer fra, hva sier utsagnet om informanten, arbeidsstedet, helsevesenet, samfunnet, har metoden jeg har benyttet i undersøkelsen gitt relevant kunnskap som kan belyse problemstillingen, var det dette jeg lurte på, gir dette svar på problemstillingen, er kunnskapen som har kommet til gjennom studien brukbare? I følge Kvale er denne form for validering med på å gjøre forskningen gyldig og handler på denne måten om mer enn metode (Kvale & Brinkmann 2009).

Referanserammen for denne studien tar utgangspunkt i Kims praksisdomene og Rokeach sin teori om verdier og holdninger. I tillegg trekkes forskrifter om kjemikalier og arbeidsmiljø inn som relevante referansepunkt. Funnene fra denne studien skal være dekkende og anvendelig i tilsvarende sammenhenger der sykepleiere håndterer cytostatika. Jeg vil dermed vurdere den teoretiske rammen for denne studien til å være dekkende og valid for forskningstemaet.

Transkribering av lydfilene fra intervjuene til rådata har jeg utført selv. Dette sørget for kontroll på at teksten gjengir intervjuene slik de faktisk foregikk. Jeg foretok en systematisk gjennomgang av det meningsfortettede materialet samtidig som jeg kontrollerte med rådataene for å sikre at jeg fortolket utsagnene i rett kontekst slik informanten hadde ment det. Underveis i analysen tok jeg stilling til validitet i konklusjonene av datamaterialet gjennom å forholde meg kritisk og spørrende til hva teksten speilet og om det var dekkende for forskningsspørsmålene.

Gjennom tolkning av datamaterialet i Kvalets tre nivå for kvalitative forskningsintervju har dataene blitt hevet i tre ulike nivå for tilslutt å ende på et teoretisk nivå. Benner sin sykepleieteori om utvikling av sykepleieekspertise samt Cullberg sin teori på opplevd krise og mestring vurderes som relevant å fortolke datamaterialet mot. Disse teoriene vurderes som dekkende og relevante innen sykepleierkonteksten med tanke på håndtering av cytostatika og møtet med pasienten.

Underveis i intervjuene vurderte jeg utsagnene gjennom fortolkende og oppklarende oppfølgingsspørsmål som "forstår jeg deg rett når du sier..."? Dette for å kontrollere at jeg hadde forstått informantens utsagn rett. Der informanten svarte avkreftende på dette spørsmålet oppfordret jeg vedkommende til å utdype eller klargjøre hva denne mente eller

hadde til hensikt å si. En oppsummering mot slutten av intervjuet der informanten fikk utdype utsagnene og mulighet til å rette på utsagn som den følte hadde blitt presentert feil fungerte som en form for dialogisk validering (Kvale & Brinkmann 2009).

### Overførbarhet

Malterud åpner for å ta i bruk begrepet overførbarhet fremfor gyldighet (Malterud 2003). Mangfoldighet og variasjon i datamaterialet gir flere tolkningsmuligheter og åpner for muligheten til å kunne forstå funnene utover studiens rammer. I følge Malterud kan funnenes eksterne gyldighet operasjonaliseres gjennom vurdering av overførbarhet. I følge Kvale og Brinkmann anses gjerne kvalitativ intervjuforskning som uegnet for generalisering grunnet lavt antall intervjupersoner. Kvale støtter seg på Stakes kasusstudier fra 2005 og argumenterer for at det er mulig å vurdere generaliserbarhet i intervjuforskning (Kvale & Brinkmann 2009).

Underveis i arbeidet med intervjumaterialet har jeg spurt meg på hvilken måte resultatene fra intervjuene med disse syv informantene kan overføres til lignende kontekster. Jeg har jevnlig vurdert kunnskapens overførbarhet og vitenskapelig gyldighet på arbeidet i denne studien.

Datamaterialet og funnene ved studien har naturlige begrensninger og muligheter fra den verden det stammer fra. Funnene som kommer frem av denne studien dreier rundt sykepleieres erfaringer rundt håndtering av cytostatika ved henholdsvis sengepost og poliklinikk for kreftmedisin ved to ulike sykehus i Norge. Informantenes perspektiv og erfaringer med håndtering av cytostatika vil sann sett kunne overføres og være av nytteverdi i tilsvarende kliniske sammenhenger rundt om i landet. Denne studien er sann sett som et bidrag til den samlede vitenskapelige kunnskap på det aktuelle fagområdet.

### Reliabilitet

Begrepet reliabilitet omhandler forskningens troverdighet og konsistens og er gjerne et mål på om studien er replikavennlig (Kvale & Brinkmann 2009; Malterud 2003; Polit & Beck 2008).

Kvalitative studier anklages gjerne for å ikke være replikavennlige grunnet forskerens mulighet til å stille ledende spørsmål og dennes makt over intervjusituasjonen samt dennes mulighet til fordreie datamaterialet. Jeg har tilstrebet nøytralitet og åpenhet under innsamling, behandling og analyse av datamaterialet. I fremstillingen av studien har jeg

redegjort for fremgangsmåte, intervjusituasjoner, planlegging, spørsmållstilling og utvalg av informanter i metodekapitlet. I det samme kapitlet er utarbeiding av intervjuguide nøye beskrevet, samt at selve intervjuguiden følger med som vedlegg nummer 4 til oppgaven. Fremgangsmåten for transkribering er redegjort for og analysen av datamaterialet fra intervjuene er nøye beskrevet med tekst i tillegg til at den er illustrert med tabeller for en transparent prosedyre. Jeg vil med dette argumentere for at studien har høy reabilitet og at publikum sånn sett sitter med tilstrekkelige beskrivelse av forskningsprosessen til at det skal være mulig å gjenta studien med noenlunde samme resultat.

#### **4.8 ETISKE OVERVEIELSER**

Alle utsagn som fremstilles er navnet. Dette er pseudonymer og helt vilkårlige navn. Et poeng med å gi informantene navn er å kunne skille mellom de ulike sitatene samtidig som det er med på å vise variasjonen i informantenes utsagn.

I følge Helsinkideklarasjonen skal en studies nytteverdi vurderes mot det forskningen måtte medføre av risiko og belastning for forskningspersonene (World Medical Association 2011). Normer for å beskytte helse, rettigheter og respekt for mennesket gjennom forskningsprosessen er ivaretatt i møte med informantene i denne konteksten. Etiske utfordringer gjennom opptak av intervjuer på diktafon, transkribering av lyd til tekst samt informantens utsagn og informasjon er ivaretatt og forvaltet på en etisk forsvarlig måte. Dette har blitt ivaretatt gjennom at datamaterialet har blitt anonymisert og oppbevart utilgjengelig for utenforstående. Likeledes ble opptakene fra intervjuene slettet etter studieperiodens etter avtale med Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Gjennomføring av intervjuene bruker av informantenes og klinikkens tid og ressurser. Dermed er det viktig at fenomenet som studeres og begrunnelsen for å gjennomføre studien er basert på grundig kartlegging av eksisterende forskning på området. På denne måten unngår en å starte en studie og bruke av andres tid unødig dersom studien allerede er utført og forskningsspørsmålet er besvart - nytteløs eller formålsløs eller overflødig forskning. Grundig planlegging og litteraturgjennomgang i forkant av en studie er avgjørende på dette punkt.

Informanten kan dele informasjon om fortrolige tema og fenomener. Forskeren skal unngå å fordreie eller misbruke disse opplysningene. Under intervjuene i denne studien har det ikke kommet opp tema av slik karakter. Gruppen informanter vurderes som ikke sårbare i denne sammenhengen og er inneforstått med muligheten til å trekke seg fra studien. Gjennom avslutningssamtale med informantene og gjennomgang av hvordan intervjusituasjonen ble opplevd fikk den enkelte informant en ekstra mulighet for å vurdere om de ikke ønsket at deres intervjuutsagn skulle benyttes i undersøkelsens empiriske datamateriale. Relasjonen mellom forsker og informant har blitt forvaltet på en god måte og jeg har vært lojal mot informantens intensjon med utsagnene. Informantene ble informert om studien i forkant av intervjuene og ble gitt mulighet til å bryte ut av intervjuet dersom de ønsket dette. Det ble opplyst at dersom informanten ønsket å bryte ville det ikke få følger, verken fra intervjuer, arbeidsgiver eller andre.

I følge Kvale kan forskers nærhet til forskningsfeltet påvirke materialet gjennom følelser, teoretiske perspektiv, erfaringer og historier (Kvale 1994). I denne studien har jeg som intervjuer ingen tilhørighet, verken til helseforetak eller informanter.

Datamaterialet, i form av informantenes utsagn, har en personlig karakter som et resultat av at intervjuene handler om informantenes erfaringer og opplevelser om et fenomen. Dette materialet kan representere en sårbarhet hos informanten som risikerer å kunne bli fremstilt på en lite fordelaktig måte i den videre behandling av datamaterialet. Jeg har tilstrebet respektfull omgang med informantens utsagn. Ved mistanke om at informantens utsagn kan gjenkjennes av andre enn informanten selv har utsagn blitt utelatt fra datamaterialet. Det kan dreie seg om opprinnelse, navn på helseforetak og lignende.

Innsamling og lagring av rådata til prosjektet ble registrert og godkjent av NSD. Det ble holdt fortløpende kontakt med tanke på fremgang og tidsaspekt, da forsinkelse i dataanalysen medførte at datamaterialet måtte oppbevares 3 måneder lenger enn først antatt. Sletting av lydfiler ble dermed gjennomført i august 2010. Datamaterialet er anonymisert og kan ikke spores tilbake til den enkelte informant. Ingen personopplysninger er dokumentert. Forvaltning av informantenes samtykke til å delta i studien er ivarettatt på en etisk forsvarlig måte.

I forbindelse med studien ivaretas etiske aspekter som frivillighet, taushetsplikt, anonymitet, konfidensialitet og informantens integritet. Informantene har fått muntlig og skriftlig informasjon om studien og mulighet til å trekke seg uten sanksjoner. Søknad om tilgang til forskningsfeltet ved de ulike helseforetakene, forskningsseksjon og klinikksjefer ble godkjent.

## 5.0 KRITISK FORSTÅELSE BASERT PÅ SUNN FORNUFT

Kritisk forståelse basert på sunn fornuft er et nivå innen Kvaless metode for fortolkning av data fra kvalitative forskningsintervju. På dette fortolkningsnivået løftes analysen fra informantens selvforståelse opp til en fortolkning mer basert på sunn fornuft der forskerens stemme kommer frem. I denne fortolkningskonteksten kan fokuset ligge på personene som står bak uttalelsene eller uttalelsens innhold. Dermed kan holdninger og egenskaper hos informantene studeres og diskuteres nærmere. Informantenes syn på og erfaringer med håndtering av cytostatika har gjennom meningsfortetting og meningsfortolkning av datamaterialet dannet sentrale tema. Disse er sykepleiers rolle, arbeidsmiljø og fagmiljø og benyttes her som overskrifter i presentasjonen av studiens funn så langt i analysen.

I det neste kapittel, 6.0 Teoretisk forståelse, trekkes analysen av materialet opp på et tredje nivå der studiens hovedfunn diskuteres mot en teoretisk referanseramme.

### 5.1 SYKEPLEIERS ROLLE

Gjennom fortolkning av datamaterialet i konteksten informantens selvforståelse og kritisk forståelse basert på sunn fornuft har det dannet seg et sentralt tema kalt sykepleiers rolle. Dette temaet er dekkende for sykepleiernes syn på sin funksjon og egen rolle og i forbindelse med håndtering av cytostatika til denne pasientgruppen.

Sykepleiernes syn på egen rolle i forbindelse med håndtering av cytostatika illustreres gjennom temaene i tabellen under.

Tabell 3 Sykepleiernes syn på egen rolle

Sentralt tema	Undertema
Sykepleiers rolle	Omsorg Kommunikasjon Pasientene er redd for å klage Krise og mestring Håp, motivasjon og trygghet Etisk dilemma Cytostatika - et nødvendig onde

## OMSORG

Pasientinformasjon er en sentral del av sykepleierens arbeid. Sykepleierens omsorg for pasienten gjennom god informasjon vil kunne bidra til pasientens opplevelse av trygghet i forhold til den behandlingen den skal gjennomgå.

*Det er viktig å informere godt, både pasienten og de pårørende... da blir de på en måte tryggere hvis det først skjer... håravfall, infeksjoner... Viktig at pårørende er med inn i det... for det er tøft å stå og se på. (Lise)*

*Vi tilstreber at vi er hos pasienten mens kuren pågår. Det skal være trygt for pasienten, han skal ikke føle seg overlatt til seg selv mens han får cellegift. Viktig å tilrettelegge med god informasjon... De har anledning til å ringe til oss... vi har åpen telefon. Ofte ringer vi dager etterpå for å høre hvordan det gikk. Jeg tror jo det føles litt trygt... at noen tar litt tak i det... at de ikke føler seg så overlatt til seg selv. (Elin)*

Lise er opptatt av å forberede pasienten og dennes pårørende på hva som kommer. Hun sørger for å være i forkant av hendelsen for at familien skal kunne absorbere informasjonen og forberede seg på det de har i vente. Dette er en del av hennes omsorg til pasienten og en måte å bidra til trygghet og mestring av pasientens lidelse. Elins tilgjengelighet under behandlingen og fokus på trygghet og oppfølging etter kurene vitner om en omsorgsfull sykepleier med en genuin interesse og engasjement for i pasientens velvære. Hun signaliserer trygghet og tydelig engasjement rundt pasientens velvære og opplevelse av situasjonen. Sykepleiernes utsagn bærer preg av å ha vært tett på lidelse. Det ser ut til at de har et behov for å yte omsorg, dette kommer tydelig frem i Elin sitt utsagn. Sykepleierne erfarer at kreftsykdommen kan være svært belastende for pasienten og dennes pårørende



og imøtekommer dette gjennom god informasjon. Deres evne til å gi omsorg kommer her frem gjennom bruk av målrettet kommunikasjon og trygging av pasienten. I møtet med pasientens lidelse vekkes sykepleiernes behov eller instinkt til å avhjelpe den utfordrende situasjonen pasienten og dennes pårørende befinner seg i.

## KOMMUNIKASJON

*De kommer inn til oss og skal ha kur så forteller de: jeg har i grunnen litt problemer... dette sa jeg ikke til legen. Det går kanskje på at vi har litt mer tid... og når de kommer inn til oss så snakker vi gjerne litt mer om det... jeg tror vi stiller litt andre spørsmål. (Kristin)*

*Det er pasienten som kjenner det på kroppen, men det får ringvirkninger i hele familien når en får en kreftdiagnose... Noen er redde, tør ikke prate sammen, en må finne tilnærmingsveier for kommunikasjon i familien. Gjøre familien trygg... se hvordan de best kan ta vare på seg selv i situasjonen... gjøre noe som er lystbetont, ikke noe de føler de må. (Kristin)*

*Vi må jo vurdere om det er forsvarlig at han kan ha den kuren hvis det påfører så mye plager. ... hvis du bor alene... håndtering a avfall: urin og avføring... oppkast... det kreves litt... Må finne ut hvor mye klarer han egentlig... viktig det med kommunikasjon... kjempeviktig å ha dialog med dem... at vi bryr oss. (Anne)*

*Vi har et godt grunnlag for å forstå deres hverdag ... vi hører på den samme musikken, ser det samme på tv, vi er på Facebook ... vi er flinke til å tilrettelegge for at de kan fortsette en sånn type hverdag når de er her ... kontakt via internett ... ser verdien i sånne ting. (Pia)*

Kristin er opptatt av å kommunisere betydningen av dialog for å sikre pasienten best mulig behandling. Gjennom vurderinger i forhold til plager og funksjonsnivå viser hun at hun er opptatt av at det ikke skal bli for mye for pasienten. Hun lar seg berøre av de lidelsene pasienten påføres under behandlingen og har et behov for å begrense pasientens plager. På denne måten kommuniserer hun pasientens betydning og at hun bryr seg.

Pasientengasjementet, inkludert familieaspektet, fremstår som tydelig i Kristins utsagn. Gjennom informasjon og invitasjon til besøk på sykehuset bidrar hun til åpenhet, kommunikasjon og trygghet for pasienten og dennes familie. Samtidig støtter og oppfordrer hun familien til å være selektive med sosiale tilbud og unngå å sosialisere seg grunnet

høflighet når pasienten er sliten. Dette utsagnet beskriver sykepleieren som reflektert og kreativ med ekstra fokus på pasientens trygghet gjennom en velfungerende familiesetting. Anne opplever at pasientene åpner seg og kan fortelle om ting de ikke fortalte legen. Det å oppnå pasientens tillit krever god kommunikasjon. Her skapes tillit gjennom å tilbringe tid med pasienten i behandlingssituasjonen og forklare behandlingsforløpet og situasjonen med hverdagslige ord. Den fortrolige situasjonen som beskrives i utsagnet forutsetter at sykepleieren forvalter pasientens sårbarhet i situasjonen og egen kunnskap og væremåte slik at vedkommende blir tilliten verdig. I Annes utsagn var pasientens tillit avgjørende for at hun avdekket informasjon av betydning for den videre behandlingen. Pia er opptatt av å ivareta pasientenes sosiale funksjon og tilhørighet på tross av kreftsykdom og sykehusinnleggelse. Hennes omsorg kommer blir konkret ved at hun legger til rette for å ivareta og opprettholde pasientens sosiale kontaktpunkter. Dette kan være med å styrke pasientens delaktighet i egen helse og på denne måten skape trygghet.

#### PASIENTENE ER REDD FOR Å KLAGE

*De eldre pasientene klager ikke... generelt er pasientene redd for å klage... det skal liksom tåles... de er jo redde for ikke å få behandling. Hvor ofte og hvor lenge varer kvalmen? Nei, det kan jo være på morgenen det begynner og så ... ja kan det jo vare hele dagen, men det går jo bra.(Anne)*

Utsagnet indikerer at en del pasienter har en holdning om at en skal tåle en del plager i forbindelse med kreftsykdom og cytostatikabehandling. Den inntar en passiv rolle til eget liv og helse og aksepterer det behandlingen måtte medføre av lidelse. Pasienter kan oppleve livskriser i forbindelse med alvorlig sykdom og noen legger på en måte eget liv i andres hender. Pasienten i utsagnet mangler fagkunnskap om lindring av kvalme. Den sårbare situasjonen pasienten er i kombinert med sykepleierens fagkunnskap gir en ujevn maktbalanse som sykepleieren må forvalte på best mulig måte. Begrepet "klage" går igjen i dette utsagnet. Det er et negativt ladet uttrykk. Noen pasienter har en tendens til å unnskyldes seg dersom de trenger hjelp fra sykepleier. De oppfatter kanskje sykepleieren som travel og ønsker ikke å oppta tid eller være til bry. Andre pasienter kan innta en mer aktiv rolle og kommuniserer at de har krav på et visst nivå av hjelp i behandlingssituasjonen.

Sykepleieren på sin side kan opptre som travel gjennom å signalisere et stort arbeidspress, knappe tidsressurser og mange oppgaver som står i kø. Dette kan medføre at pasienter muligens vil trekke seg tilbake for å unngå nettopp det å klage. Jeg oppfatter Annes mening bak utsagnet til å etterlyse at pasienten forteller om sine plager. Sagt på en annen måte synes hun at pasienten har god grunn til og gjerne kan klage mer enn han gjør. Anne har behov for å yte omsorg ovenfor pasienten og ønsker å bidra til lindring. Når hun oppdager at pasienten lider i stillhet og ikke forteller henne om plagene fratas hun muligheten til å avhjelpe situasjonen gjennom sin fagkunnskap. Utsagnet kan forstås som at Anne er noe fortvilet over å ikke få mulighet til å hjelpe som følge av at pasienten ikke klager.

## KRISE OG MESTRING

*Når de kommer inn her med leukemi så er alt i krise, men etter å ha vært her en måned så spør de også etter hvite, neutrofile og trombocytter og har full peiling på hva de skal igjennom. (Pia)*

*For mange er de i en kjempekrise... det er jo en stor krise å få en alvorlig sykdom, og noen av de er ikke helbredelige engang... derfor er det kjempeviktig å kunne prate med pasienten og eventuelt kunne henvise videre... du er avhengig av flere grupper... samarbeid. (Lise)*

Utsagnene beskriver sykepleiernes identifisering av pasientens krise og tiltak de setter i gang for å oppnå mestring. Sykepleierne engasjerer seg gjennom samtaler og trekker inn tverrfaglige ressurser. Pasientens krise krever at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter, evne til å støtte, undervise, og er tilgjengelige for pasienten i situasjonen. Faglig trygghet, erfaring og kunnskap om fenomenet krise er forutsetninger for at sykepleieren skal være i stand til å hjelpe pasienten til mestring av sin opplevde krise.

## HÅP, MOTIVASJON OG TRYGGHET

*Veldig fint å vite at man trygger de og gjør en god jobb ved å mestre den nye hverdagen. Det som er så trist med disse sykdommene ... en bygger opp et håp og så ser en at det ikke går lenger... (Pia)*

*Det er min jobb å motivere ja... det å holde på og holde på, kjenne seg slapp... kjenne at kreftene ikke er der. Neste kur er kanskje ikke like ille... kan bli bedre... teller ned. Når siste kur er ferdig... så tør dem altså ikke å bli glad heller, vi heiser ikke flagget. Håper jo vi ikke sees lenger, sees her... de sier jo gjerne det selv(latter). Det håper jo ikke vi heller... når de er ferdige med det her. Du har jo de som kommer tilbake etter kort tid, ett år, halvt år... (Anne)*

*Vise trygghet for det man driver med, man kan ikke komme inn og være usikker når man skal henge opp cytostatika. (Martha)*

Sykepleiernes arbeid handler i stor grad om å gi psykososial støtte for at pasientene skal mestre sin livssituasjon. Anne ser det som sin oppgave å hjelpe pasienten til motivasjon og håp. Samtidig opplever hun å miste pasienter. Når behandlingen mislykkes og pasientene ikke overlever sykdommen blir sykepleieren vitne til at håp brytes. Dette oppleves tungt og berører både mellommenneskelige og profesjonelle forhold mellom pasient og sykepleier.

Martha er opptatt av at pasienten skal oppleve hennes faglige trygghet når hun administrerer cytostatika. Dette er en viktig del av hennes sykepleie til pasienten og illustrerer en viktig del av ansvaret sykepleiefaget innebærer. Marthas faglige trygghet vil kunne ha en beroligende effekt på pasienten i en ellers utrygg situasjon, noe som kreftdiagnosen og behandlingen representerer her.

## ETISK DILEMMA

*De som får den første kuren er jo veldig spent. De har kanskje hørt mye om at en blir kvalm eller sett det på film. Noen kurer vet du er veldig tøffe. For at det ikke skal bli alt for avskrekkende... hvordan skal du på en måte fortelle dem at det her kan bli ... tøft. Klart du kan jo få; hvorfor sa du ikke noe om dette? Jeg håpet at du ikke skulle få det. Det er noen som får det og noen ikke. Noen har veldig mye forventningskvalme. Jeg skjønner pasientene som føler seg litt snytt av at vi ikke sa noe om de bivirkningene. (Anne)*

*I begynnelsen så følte jeg at vi nesten tok livet av dem. Når en har jobbet litt med det så tenker man ikke så mye på det, da er det heller målet: at pasienten skal bli frisk. (Lise)*

Anne opplever at de fleste pasienter har gjort seg opp en mening om bivirkninger og hvordan det er å få cellegiftbehandling. Hvordan skal en få fortalt pasienten om at dette kan

bli tøft? spør hun seg. Anne befinner seg her i et faglig etisk dilemma der hun må balansere hvor detaljert hun skal informere pasienten om bivirkninger av cytostatikakuren. Hun vil unngå å skremme pasienten, eller fremkalle forventningskvalme samtidig som hun på best mulig måte forbereder og ruste pasienten til å stå i behandlingen. Pasienten befinner seg i en krisesituasjon med en livstruende diagnose og står overfor en behandling sykepleieren har grunn til å tro at kan bli tøff. Situasjonen preget av redsel og angst for hva som venter og forutsetningene for å kunne ta inn over seg informasjon er begrenset. Utsagnet beskriver pasienten i en akutt krise og sykepleierens etiske dilemma. Dilemmaet oppstår ved at sykepleieren ønsker å unngå unødig ubehag hos pasienten som for eksempel forventningskvalme samtidig som hun ønsker å ruste pasienten best mulig til behandlingen gjennom god informasjon.

Lise beskriver i dette utsagnet en opplevelse av å påføre pasienten lidelse gjennom administrasjon av cytostatika som er en sentral arbeidsoppgave for henne som sykepleier i denne sammenhengen. Utsagnet kan tolkes som at hun fikk dårlig samvittighet av å gi cytostatika på grunn av plagene dette medførte for pasienten og at situasjonen representerte en etisk utfordring. Videre beskriver Lise at denne følelsen endret seg etter hvert som hun fikk økt erfaring i situasjonen. Etter hvert gikk den dårlige samvittigheten over til fordel for et større fokus på behandlingens funksjon for å gjøre pasienten frisk. Utsagnet forteller på denne måten om et skifte av fokus fra dårlig samvittighet til en målsetning om at behandlingen bidrar til helbredelse for pasienten. Samtidig som sykepleieren endrer fokus fra dårlig samvittighet over å påføre pasienten lidelse til å se behandlingen som en nødvendighet og nøkkel til helbredelse har sykepleieren tilegnet seg økt erfaring på arbeidsfeltet. Sånn sett kan en si at sykepleieren endrer sitt fokus med økt erfaring. Et potensielt etisk dilemma ble rasjonalisert av at sykepleieren fikk økt kunnskap.

#### CYTOSTATIKA: ET NØDVENDIG ONDE

*Det blir et nødvendig onde en blir nødt til å ta i den settingen med en kreftdiagnose. For noen er det livsforlengende at du gir de cellegift, for andre er det i en kurativ setting... De i palliativ setting går jo på cellegift frem til det ikke er mer tumorrettet behandling å gi... klart alle ønsker å leve og de har et fantastisk livsmot. Det er helt utrolig... En blir ydmyk av å jobbe med kreftpasienter. Å se hva de gjør for nuet, for en*

*best mulig livskvalitet... det er noe vi lærer av alle sammen. Det er viktig å se hele personen og ikke bare kuren...(Kristin)*

*Jeg ser det jo som en del av et behandlingsopplegg. Medikamenter som blir gitt i håp om at det skal lindre... eller gjøre frisk... og at de skal ha minst mulig bivirkninger. (Elin)*

*Det er ingen som kommer frivillig inn hit og vil ha en dose cellegift, så det er et nødvendig onde. Jeg tenker på menneskene som er bak kuren og er opptatt av å få pratet med dem. Forhører meg seg om hvordan dagene har vært... har det vært bedre den her gangen? ... må jo bare prøve å finne ut av det... med kvalmeregime og... hjelpe dem så godt vi kan. (Anne)*

Sykepleierne fokuserer på hva de kan gjøre for å hjelpe pasienten, og omtaler cytostatika som et nødvendig onde. Det er ubehag forbundet med det å få en cytostatikakur, men Elin velger å fokusere på behandlingens langsiktige gode effekt. Utsagnene forteller om et engasjement blant sykepleierne for å lindre de plager pasientene måtte oppleve i forbindelse med cytostatikakurer. De er også viktig for dem å samtale med pasienten og dennes pårørende. Dette forteller om omsorgsfull sykepleie fra fagpersoner som gjør hva de kan for at pasienten ikke skal lide unødige.

Ordet gift forbindes gjerne med å ta liv - i denne konteksten er målet å redde liv. Gjennom å se på cytostatika som nødvendig onde tones lidelseskonteksten rundt cytostatika ned. Denne måten å se situasjonen på kan være en metode for sykepleierne å distansere seg eller håndtere en arbeidshverdag preget av livskriser, lidelse og død. Kristin uttrykker ydmykhet og beundring overfor kreftpasientens livsmot og forteller at hun lar seg påvirke av deres evne til å leve i nuet.

### 5.3 ARBEIDSMILJØ

Tabellen under er en oversikt over undertemaene som inngår i sykepleiernes beskrivelser av det sentrale temaet arbeidsmiljø. Tabellen er et supplement i presentasjonen av hovedtemaet, og ment for å gi oversikt. Sykdom og graviditet er ikke et forskningstema i

denne sammenhengen, men der graviditet kommer frem som datamateriale i forbindelse med bemanning og arbeidsmiljøloven er dette inkludert og kommentert.

Tabell 4 Sykepleiernes beskrivelser relatert til arbeidsmiljø

Sentralt tema	Undertema
Arbeidsmiljø	Bemanning påvirker sikkerheten Cytostatika i et tett system- men er posen ren? Cytostatika blir rutine Frykter risiko – savner forskning Ubegagelig å blande cytostatika Bruker beskyttelse Psykiske forberedelser Beredskapskunnskap Uhell skjerper Misfornøyd med avfallshåndteringen

## BEMANNING PÅVIRKER SIKKERHETEN

*Den sommeren jeg begynte så var det egentlig helt forferdelig. Vi skulle ha 10 pasienter, men vi hadde 20, var bemannet til 10. Nesten alle var nyoppdagede leukemier og skulle ha cytostatika. Jeg husker jeg hadde ansvar for fire kurer på en dagvakt. Man var veldig redd for å gjøre feil, og feil ble gjort når det var så presset. Har man ikke nok folk på jobb og det er veldig hektisk ser man helt tydelig at det er da feilene skjer... de nye gjør feil, for da har ikke de erfarne tid til å følge opp. (Pia)*

*Jeg tenker på de som er gravide... det blir veldig vanskelig å tilrettelegge tilfredsstillende, fordi alle får cellegift her. Hvis vi bare har cellegift og det blir satt på en gravid som skal telles som en sykepleier... så blir det jo veldig feil, fordi de kan ikke gjøre den jobben akkurat da... det er bedre om de går oppå selve bemanningen... og gjør andre ting. (Pia)*

*Man kan egentlig ikke konsentrere seg om noe annet, man kan komme ut av dette her og det er viktig å følge med og blande klart neste... (Martha)*

Pia husker godt starten på sin karriere i avdelingen. De var underbemannet i forhold til pasientbelegget og dette hindret at de nyansatte sykepleierne fikk tilstrekkelig oppfølging. Resultatet ble uhell og feil i behandlingen til pasientene samt en skremmende start for en nyutdannet sykepleier. Pia oppfattes som engasjert i sikkerhet ved cytostatikahåndtering og bemanning av avdelingen. Dette fokuset kan skyldes hennes dramatiske møte med

arbeidsmiljøet som nyutdannet sykepleier. Utsagnet vitner om sykepleierens redsel og frykt som nyansatt i avdelingen med et uforholdsmessig stort arbeidspress og ansvar. Da gravide sykepleiere ikke skal eksponeres for cytostatika, og pasientbehandlingen i hovedsak dreier seg om cytostatikahåndtering, kan det oppstå interessekonflikter. Av erfaring vet Pia at riktig bemanning er en forutsetning for sikker håndtering av cytostatika i avdelingen. Dette blir dermed et viktig fokus for henne, som i dette utsagnet oppfattes til å engasjere seg spesielt for sikkerhet i arbeidsmiljøet (og ivaretagelse av gravide kollegaer.) Pia stiller spørsmålet om gravide kollegaer føler seg som en belastning i arbeidsmiljøet og tar på den måten stilling til en kollektiv utfordring som normalt håndteres på et mer overordnet nivå, på arbeidsgivers initiativ. Bemanning og tilrettelegging for at gravide sykepleiere skal kunne stå i jobb samt ivareta forsvarlige arbeidsforhold anses som et lederansvar. Dette utsagnet vitner om mangelfull tilrettelegging for forsvarlig arbeid for gravide arbeidstakere. I mangel på at leder tar ansvar for HMS og tilrettelegging ser det her ut til at kollegene bekymrer og engasjerer seg for arbeidsmiljøet og bemanningssituasjonen når en sykepleier er gravid.

Martha fokuserer på ansvaret sykepleierrollen innebærer når hun administrerer cytostatika. I følge henne er det å kunne konsentrere seg om og følge opp et lite antall pasienter når de får kur avgjørende. Risikoen for å begå feil er tilstede, men travelhet i klinikken kan virke forstyrrende og øke risikoen for uhell. Utsagnet vitner om at Martha er sitt ansvar vel bevisst ved håndtering av cytostatika og at dette gjør henne konsentrert og fokusert på oppgavene rundt håndtering av cytostatika. En annen fortolkning av dette utsagnet kan være at hun mangler rutine på håndtering av cytostatika og kan la seg forstyrre av å ha flere oppgaver samtidig.

#### CYTOSTATIKA I LUKKET SYSTEM- MEN ER POSEN REN?

*I og med at det er i et lukket system... bruker hansker i tilfelle det skulle ha vært noe på posen, da. (Martha)*

*Jeg håper jo at det er et lukket system ... de på apoteket ... de blander inne i den LAF benken der ... kan det jo være søl ... som kommer på posen... men de vasker jo av og alt sånt sier de ... så vi bruker ikke hansker når vi henger opp kurene. Men når vi tar dem ned så gjør du det, selv om du har skylt gjennom settet så kan det være blod ... så du skal bruke hansker. Før, når det ikke var et tett system... da hadde vi hansker, munnbind og frakk. Mens nå, når det er et lukket system... så gjør vi ikke det lenger.*



*Vi har ikke noe rutine fra her og noe rutine fra der. Og jeg vet ikke... hva vi skal gjøre. For det står ikke noe om det. Prosedyre... den er under revidering, det jobbes med å få den inn på TQ... den er til utarbeiding... har aldri sett en tidligere versjon. (Anne)*

*Apoteket ... skal vaske og sprite posen utenpå. Det er en prosedyre på det, men en vet jo aldri, om apoteket har sølt på posen. (Stine)*

Martha har på seg hansker når hun håndterer settet for å sikre seg mot eventuelt cytostatikasøl på posen. Anne stoler ikke helt på at posen med cytostatika er ren når den kommer fra apoteket. En kan spørre seg om hun ikke stoler på at apoteket har utført sin del av jobben med å ivareta forsvarlig rengjøring av posen før den sendes til avdelingen. Beskjeden fra apoteket er at posen og administrasjonssettet med cytostatika rengjøres før det sendes til avdelingen og at systemet er tett. Utsagnet kan gi inntrykk av at Anne er noe usikker på om hun kan stole på at systemet er helt tett. Når posen tas ned er hun nøye med å benytte hansker for å beskytte seg mot eventuelt blodsøl eller cytostatika. Det ser ut til at avdelingen Anne arbeider ved på nåværende tidspunkt mangler en skriftlig prosedyre som beskriver hvordan hun skal beskytte seg ved håndtering av cytostatika i dette system. Utsagnet indikerer at det er en ny prosedyre under utarbeiding og at denne skal legges ut på sykehusets kvalitetssystem. Usikkerheten rundt prosedyren og adekvat bruk av sikkerhetsutstyr bidrar til utrygghet. Stines utsagn er spørrende til om hun kan stole på at apoteket har rengjort posen med cytostatika. Hun kan sånn sett oppfattes som noe mistenksom overfor apotekets arbeidsprosedyrer. Mistenksomheten kan skyldes at hun ikke har mulighet til å etterprøve eller kvalitetssikre hvordan produktet hun får tilsendt har blitt rengjort. Hun er på en måte tvunget til å stole på at posen er ren og at verken pasientene, kollegene eller hun selv risikerer å inhalere eller få stoffene på huden.

#### CYTOSTATIKA BLIR RUTINE

*Å unngå søl er det viktigste... få det lukkede systemet i gang og hive det... (Kristin)*

*I begynnelsen synes jeg det var litt sånn skummelt å administrere det... men nå føler jeg meg veldig sikker... litt redd for at jeg blir uforsiktig egentlig... Det er en så grei del av hverdagen at en ikke alltid husker å ta på seg hansker når en skal ta perifere blodprøver. (Pia)*

*Det er en hverdag, det er det det er. Det blir akkurat en sånn rutine, du tenker ikke på de posene som om de er... noe skummelt. (Anne)*

Kristin sitt utsagn forteller om et fokus på å gjennomføre behandlingen raskt og uten å søle. Behovet for å fjerne avfallet raskt kan fortelle noe om Kristins kunnskap om stoffene og risikoen for at søl kan dunste ut i luften. Kanskje ønsker hun å få fjernet det som minner om cytostatika for å skåne pasienten eller fordi hun selv opplever situasjonen med håndtering av avfall som utrygg eller ubehagelig. Pia beskriver en bratt læringskurve som nyansatt. Hun føler seg nå så veltilpass i håndteringssituasjonen at hun er redd hun kan bli uforsiktig og glemme hansker ved blodprøvetaking. Utsagnet kan fortelle om en sykepleier som er unøyaktig når det kommer til bruk av beskyttelsesutstyr og ikke dweler ved sine feil. Det kan også fortelle om en sykepleier som etter en hektisk tid som nyansatt er lettet over at hun mestrer rutinene rundt håndtering. Anne sitt utsagn forteller om at håndtering av cytostatika og sikkerhet etter hvert blir rutine og en naturlig del av hverdagen.

#### FRYKTER RISIKO- SAVNER INFORMASJON

*Man blir jo redd når man leser om at Flagyl - antibiotika har gitt folk livmorhalskreft og at det er påvist ting ... på de som driver med stråling ... at det må være en kamp for å få erstatning for plagene de har blitt påført. Vi fikk tips på cytostatikakurset, og man følger jo med i Sykepleien Forskning... men føler liksom at en har fått litt lite informasjon i forhold til hvilke risiko det kan ha for meg i et 20 års perspektiv. Det vi ofte diskuterer som mange synes er litt ekkelt, er det at vi egentlig ikke vet hva som skjer på lang sikt ... med oss som jobber i det ... er utsatt for så mange forskjellige stoffer ... så høye doser. For vi gir dødelige doser med cellegift her. (Pia)*

Pia savner informasjon og har tanker om risiko for egen helse ved langvarig eksponering for cytostatika. Det å arbeide så tett på høye doser med cytostatika til daglig uten å være sikker på hva det kan medføre for ens egen del er en ubehagelig tanke Pia og hennes kollegaer. Usikkerheten sykepleierne opplever i forbindelse med dette kan illustreres med at ansatte som planlegger å stifte familie er bekymret. Pia forteller at hun holder seg oppdatert på et sykepleiefaglig tidsskriv, men etterlyser informasjon og forskningsresultat fra arbeidsgiver på dette temaet. Arbeidsoppgavene i avdelingen medfører at Pia arbeider tett på potensielt

helseskadelige stoffer, noe de fleste av oss andre ikke trenger å bekymre seg for. Pias bekymring for risikoen hun løper ved håndtering av disse stoffene kan være berettiget. Hun ønsker at arbeidsgiver formidler forskning av relevans for det aktuelle arbeidsfeltet utover det hun kan lese i sykepleietidsskriftet. Med dette har hun en forventning om at det er arbeidsgivers ansvar å holde de ansatte oppdatert på forskningsresultater av klinisk relevans i denne sammenhengen. En tanke som slår meg som utenforstående er sykepleiernes behov for faglitteratur i denne settingen, og at et abonnement på et onkologisk tidsskrift i avdelingen kunne vært et godt tiltak i avdelingen.

#### UBEHAGELIG Å BLANDE CYTOSTATIKA

*Blander cytostatika... det hender det vi gjør på nattevakt, natt til søndag, for da blander ikke apoteket hvis pasienten får kur på søndag. Det har vært netter der men har hatt mellom 5 til 10 poser å blande og det er slitsomt og det blir varmt og du kan ikke lufte der med LAF benk og du har på deg alt dette... utstyret og det er cytostatika du holder på med... må jo få det akkurat på... riktig milliliter og... Jeg har pratet rundt med andre om det også som ikke synes det er... noe særlig gøy. Vi har begynt og heller spare det til dagvakten... så lenge ikke det skal opp veldig tidlig og... ikke er veldig dårlig bemanning på dagen. Jeg synes alltid det blir søl og det er det verste jeg vet. Jeg tror det er en sånn kombinasjon... ansvar... og å blande noe som man vet ikke er bra for andre enn... de som skal ha det inn.(Martha)*

*Vi blander ofte til andre steder her på huset fordi de andre ikke føler seg trygge på det å blande cytostatika. Jeg tror mange føler det som en belastning, at vi må brukes til å blande cytostatika... På andre sykehus vet man ... at holdbarheten på de samme stoffene er lengre. Så vi synes jo på en måte at det er litt dårlig gjort at vi ... det er jo på en måte å utsette seg for en ekstra fare...(Pia)*

Martha trives dårlig med å blande cytostatika. Oppgaven medfører fysisk ubehag gjennom varme, tretthet og dårlig konsentrasjon. Samtidig opplever hun et stort ansvar i forbindelse med å blande korrekt dose. Frykten for å søle og skaden en kan komme til å påføre andre melder seg. Utsagnet forteller om stor respekt for cytostatikaen og de skadelige effektene søl kan medføre. I tillegg beskriver utsagnet en arbeidssituasjon med flere miljømessige faremomenter og en sykepleier som opplever frykt og ubehag og redsel i forbindelse med sitt arbeid. Representerer dette konstruktivt stress hos en fersk sykepleier? Eller vitner det

om et arbeidsmiljø der sykepleiere opplever frykt i forbindelse med arbeidsoppgavene grunnet risikoen for å begå feil og forårsake skade? Martha er klar på hva hun ikke trives med. Hun utfører oppgaven når hun må, men forsøker å forskyve blandeoppgaven til andre tider på døgnet der bemanningen er bedre og en er mer opplagt. På denne måten gjør Martha noen tiltak for å unngå risikosituasjoner. Hun får bekreftelse fra kollegaer som har tilsvarende opplevelser med blandeoppgaven. Om Marthas frykt og bekymring rundt blanding av cytostatika kommuniseres videre til leder er uvisst. Avdelingens rutine for blanding av cytostatika på natten kan fremstå som risikabel. Martha erfarer at man lett blir ukonsentrert om natten, noe som kan medføre økt risiko for feil eller søl. Med tanke på at det vanligvis er apoteket som blander cytostatika er det grunn til å tro at sykepleierne ikke får trent seg i blandesituasjonen utenom disse nattevaktene. Er man ikke trent er det større risiko for å begå feil, dette gir Martha grunn til å være bekymret for sitt arbeidsmiljø.

Pia mener at hun eksponeres mer enn høyst nødvendig for cytostatika som følge av hygieneavdelingens retningslinjer og andres usikkerhet med blandeprosedyren. Dette opplever hun som belastende og urettferdig. En kan vanskelig protestere på Pias opplevelse av situasjonen. Hennes frustrasjon og frykt for unødvendig eksponering fremstår som velbegrunnet og fundert i faktiske hendelser. Å etterprøve eventuelle avvik i arbeidsgivers retningslinjer for holdbarhet og om disse varierer fra et helseforetak til et annet, slik informanten antyder er vanskelig å følge opp. Dersom det viser seg at arbeidstakeren utsettes for unødig risiko gjennom ekstra eksponering for cytostatika vil dette være miljømessig og personalpolitisk betenkelig.

## BRUKER BESKYTTELSE

*Jeg beskytter meg selv... og ikke minst mine kollegaer... informerer pasientene i forhold til hva de skal gjøre i forhold til cytostatikaen. (Stina)*

*En skiller ut cytostatika gjennom svette, oppkast, urin, avføring og da må... pasienten håndtere det riktig... si ifra hvis en kaster opp så kan vi håndtere det ut fra rommet... trekke to ganger i doen... jeg vil ha på meg gul frakk og munnbind så jeg ikke innånder cellegiften. (Stina)*

*Vi har to stykker(LAF- benk) inne på medisinerrommet... betryggende å vite at vi har utstyret i orden her. (Pia)*

Stina tar ansvar for å ivareta sikkerheten rundt håndtering av cytostatika gjennom å bruke beskyttelsesutstyr samt å undervise pasienten på temaet. Hun tilstreber på denne måten å skåne omgivelsene mot de farlige stoffene. Hun underviser pasienten i hva den skal foreta seg og er klar på hva som er hennes oppgave når det kommer til håndtering av avfallstoffer fra pasienten etter kur. Stina gir inntrykk av å være nøye med bruk av beskyttelse og klar på sitt ansvarsområde når det kommer til sikker håndtering av cytostatika. Hennes kunnskap om farmakologi og riktig bruk av beskyttelsesutstyr bidrar til unødig eksponering for cytostatika.

Pia sitt utsagn forteller at avdelingen er tilrettelagt for forsvarlig håndtering av cytostatika med verneutstyr og LAF benk. Dette er med på å trygge Pia i hennes arbeidssituasjon.

#### PSYKISKE FORBEREDELSE

*Det blir mer en rutine det med cytostatika... når man leser i rapport: kurbytte så er det en litt viktig ting... det er akkurat som en psykisk forbereder seg litt. Hvis det er en kur du aldri har hatt før... og du ser at det er mye å gjøre som du ikke har vært borti, så kan det nesten gjøre at du får en litt dårlig natt. Jeg synes det er greit å tenke gjennom det, det gjør deg litt forberedt. (Martha)*

På tross av at administrering av cytostatika etter hvert har blitt rutine, forbereder Martha seg mentalt når hun finner ut at pasienten skal ha en ny og ukjent kur. Hun aksepterer at dette kan gå utover nattesøvnen og ser det som en grei måte å forberede seg på. Utsagnet tyder på at Martha er opptatt av å være forberedt på sine arbeidsoppgaver. Det at forberedelsene medfører dårlig nattesøvn kan ses som at det er vanskelig for Martha å legge arbeidet fra seg når hun kommer hjem. Samtidig ser hun konstruktivt på situasjonen, driver psykiske forberedelser for å sikre forsvarlig håndtering av cytostatika og oppfattes som villig til å ofre nattesøvn for å være forberedt.

#### BEREDSKAPSKUNNSKAP

*En må vite hvordan du skal handle i tilfelle noe skulle gå galt... vi har jo katastrofesett hvis det skulle skje... det er viktig å vite hvor det befinner seg og hvordan man skal*

*håndtere det... holde hodet kaldt og ikke bare kaste seg over. Vi lærer det på cytostatikakurset. (Pia)*

*Når du gir den cellegiften, at du gir til riktig person er viktig... hvis det skulle oppstå ekstravasale... skulle gå utenom... det kan være at det svir... mange av stoffene gjør at årene blir veldig skjøre... du må bare stoppe og få lagt inn en ny venflon så fort som mulig. (Anne)*

Pia har beredskapskunnskap i tilfelle søl og er opptatt av hvordan en skal gå frem for å avverge eventuelle uhell. Hun trekker frem nødvendigheten av å tenke klart og ikke bli grepet av panikk dersom det skulle skje et uhell. Pia fremstår som forberedt til å handle dersom uhell skulle oppstå i avdelingen. Samtidig bærer utsagnet preg av alvoret i situasjonen, risikoen hun løper og ansvaret som ligger på henne som sykepleier i denne konteksten.

Anne viser at hun har detaljert kunnskap om situasjoner som kan oppstå når hun administrerer cytostatika til pasienten. Hun er opptatt av å ivareta eget ansvar og kontrollerer at infusjonen går korrekt. Annes beredskapskunnskap gjør at hun er snar med å avbryte infusjonen dersom problemer skulle oppstå. Hennes tekniske ferdigheter og kliniske erfaring spiller inn og bidrar til en trygg og mest mulig behagelig infusjon for pasienten. Likevel er hun bevisst faremomentene og risikoen dersom noe skulle gå galt. Stemningen i utsagnene forteller om sykepleiere på vakt for potensielle farer, deres bevissthet rundt risiko og ansvaret de har til å handle rett dersom uhellet skulle være ute. Situasjonene som beskrives i sykepleiernes utsagn kan oppfattes som til tider faretruende og sykepleiernes holdninger preges av ansvarsbevissthet når det kommer til kunnskap og handlekraft.

#### UHELL SKJERPER

*Men det har jo skjedd at posen har sprekt fordi noen har skrudd systemene feil vei. Jeg var ikke på... jeg vet ikke hva som skjedde men det var i hvertfall ikke noe hyggelig for den personen som kom på rommet og så at det bare fløyt over med cytostatika. Jeg har aldri hatt noen uhell, bank i bordet... Disse hendelsene har gjort at jeg er veldig til å dobbeltsjekke meg selv. (Martha)*

*Vi er flinke til å støtte hverandre når noe går galt synes jeg... at man har glemt å lukke treveiskranen opp til sideskyllet er den hyppigste feilen. Ofte går det bra, man kan bare skylle inn det resterende også... men det kan jo føles fælt. (Pia)*

Historier om kollegaers uhell gjør at Martha skjerper seg og bruker god tid på til sjekk og kontroll når hun skal administrere stoffene. Hun er glad for å ha unngått uhell og ser på andres uhell som lærerike og skjerpende for egen praksis. Martha identifiserer seg med sine kollegaer og følelsen en sitter igjen med når noe går galt. Følelsen er ubehagelig og motiverer henne til å være ekstra forsiktig når hun utfører tilsvarende oppgaver. Pia opplever at det kan skje feil og uhell i forbindelse med administrering av cytostatika. Hun fremhever viktigheten av å støtte hverandre i denne type situasjoner. På tross av at det som regel går greit å avverge uhell medfører slike hendelser en ubehagelig følelse.

#### MISFORNØYD MED AVFALLSHÅNTERINGEN

*Jeg er ikke fornøyd med hvordan vi håndterer cytostatikaavfall her på avdelingen. Når vi tar det ned så bruker vi hansker og pakker det i en... Zipp- pose. Det kastes i eske med gul sekk... som vi pakker sammen og taper igjen. Vi tar jo fysisk og putter det i sekk... klapper igjen. Hvis jeg trykker ned og posen sprekker så kan det jo skje... at det går hull på noe og det dunster ut... Jeg har jo sett på andre avdelinger... det er systemer der du tar mindre i det... har en mekanismebøtte eller automatisk at søppelsekker blir limt igjen. (Elin)*

Elin uttrykker misnøye med rutinene for avfallshåndtering på sin avdeling. Hun mener at avfallshåndteringen kan utføres på en sikrere måte og dermed minske risikoen for spredning av cytostatika i luften. Elin opplever dagens rutiner som risikable og ser for seg en endring. Utsagnet vitner om at avdelingens avfallsrutiner fører til frykt og bekymring hos Elin som sykepleier. Dette kan ses på som en oppfordring til å gjennomgå og utbedre avdelingens rutiner for avfallshåndtering.

## 5.4 FAGMILJØ

Fagmiljøet kan sies å dreie seg om rammene for utførelse av sykepleie og håndtering av cytostatika i denne settingen. (Sentrale begrep i sammenheng med fagmiljø ressurser,

utfordringer, engasjement og fokus). Gjennom informantenes beskrivelser kommer det frem ulike tema relatert til hovedtemaet fagmiljø. Tabellen gir en oversikt.

Tabell 5 Sykepleiernes beskrivelser relatert til fagmiljø

Sentralt tema	Undertema
Fagmiljø	Prosedyrer og e-håndbok Holdninger til videreutdanning Kløft mellom teori og praksis Fagsykepleiers verdi Opplæring og cytostatikakurs Sykepleierens faglige fokus

## PROSEDYRER OG E- HÅNDBOK

*E- håndboka... en prosedyrehåndbok inne på intranettet... gå inn der og søke hvis vi er usikre på håndtering... Jeg har aldri funnet det jeg har lett etter. (Stina)*

*Vi har en fagsykepleier som oppdaterer e- håndboka... Der er det alle prosedyrer på hele huset står. En bruker den hvis det er nye prosedyrer en er litt usikker på... ellers er det veldig fort gjort å bare spørre noen andre som har gjort det før. (Lise)*

I følge Stinas utsagn benyttes ikke elektronisk prosedyrebok i særlig grad. Stina beskriver søkingen som vanskelig og har ikke lyktes i sine forsøk. Lise forteller at hun søker opp prosedyrer hun er usikker på eller dersom det legges ut nye. Søk i databaser kan oppleves som tidkrevende og vanskelig. Dermed er det enklere og raskere å spørre erfarne kollegaer, slik disse utsagnene forteller. Kollegaer som spør og hjelper hverandre tyder på et åpent og inkluderende fagmiljø i avdelingen. Vanskeligheter med å søke opp elektroniske prosedyrer kan skyldes at sykepleieren mangler kunnskap eller trening for å mestre søkeverktøyet. Et poeng med å benytte prosedyrer hentet gjennom elektroniske søkeverktøy er at en arbeider ut fra siste oppdaterte kunnskap. Dersom sykepleieren baserer sin praksis på andres erfaringer mister vedkommende muligheten til å kvalitetssikre eget arbeid. Et annet syn på uttalelsene er at avdelingens fagmiljø ikke har et klart fokus på bruk av elektroniske prosedyrer eller at dette er mindre viktig i avdelingen. Følgelig fokuserer ikke sykepleierne på søk i elektronisk prosedyrehåndbok.



## HOLDNINGER TIL VIDEREUTDANNING

*Jeg synes mye av sykepleien, videreutdanningen, spesielt onkologi, legger mye vekt på følelser og mestring... og i liten grad teoretisk sykdomslære, anatomi, fysiologi... jeg har lyst på videreutdanning, men ikke innen onkologi. (Pia)*

*Videreutdanning tror jeg er veldig bra... ikke bare på grunn av cytostatika og sånne ting, men når du jobber med kreftpasienter så er det en fordel. (Lise)*

*Jeg vil jo gjerne jobbe litt og få litt mer erfaring før jeg kaster meg ut i et nytt studie. (Stina)*

*Jeg trives veldig godt her så i forhold til å gjøre noe helt annet bygger en onkologisk videreutdanning det på det jeg allerede driver med. Videreutdanning gir også et lønns- og karriereløft, ikke minst. Jeg tenker mer og mer på å ta den (videreutdanningen) selv om jeg ikke gjorde det før. (Martha)*

*Jeg er veldig glad for at jeg tok videreutdanningen, den har vært nyttig ... du hadde tid til å fordype deg, det var mange ting som ramlet på plass... og du våger mer, jeg føler at jeg har vokst på det. (Anne)*

*Selv etter lang erfaring, så føler jeg kanskje at jeg har enkelte hull på ting som de har hatt på studiet. Over halvparten av de som jobber her har spesialutdannelse innen onkologi... den ser interessant ut. (Kristin)*

Pia savner kunnskap innen medisinfaget og ser for seg en annen videreutdanning enn onkologi. Hun søker et større fokus på sykdomslære og mindre på følelser og mestring i en fremtidig videreutdanning. Utsagnet kan uttrykke en holdning om at Pia ikke er opptatt av pasientens følelser og mestring. Dette kan oppfattes som en negativ og uønsket holdning innen sykepleieyrket. Samtidig kan utsagnet være et uttrykk for at Pia opplever det psykiske aspektet innen sykepleie vanskelig eller truende. En uerfaren sykepleier kan mangle trening i å håndtere det psykiske aspektet innen sykepleie eller mangler kapasitet til å fokusere på flere områder på samme tid. Dette kan være årsaker til Pias (tilsynelatende) manglende interesse for mestring og følelser som det kommer frem av dette utsagnet. Også profesjonelle omsorgspersoner kan oppleve pasientens psykiske utfordringer som truende og vanskelig. Det å arbeide tett på lidelse og nød kan oppleves som mentalt belastende. Lise sitt utsagn forteller om en sykepleier som er svært positiv til videreutdanning innen onkologi. Lise uttrykker at hun ser det som en fordel for begge parter når sykepleieren har videreutdanning. Stina har arbeidet som sykepleier i kort tid og ønsker seg mer klinisk erfaring før hun går i gang med videre studier. Utsagnet fremstår som ærlig og realistisk med

tanke på sykepleierens syn på egen kompetanse og behov. Martha ser på videreutdanning som aktuelt i forhold til arbeidsstedet og oppgavene hun har som sykepleier. I utsagnet trekkes trivsel, lønn og karriere frem som motivasjonsfaktorer. Utsagnet signaliserer at hun trives innen arbeidsfeltet og har planer om å utdanne seg videre på feltet.

Videreutdanningen sees også som en anledning for bedre lønnsbetingelsen og faglig utvikling. Kristin oppfattes som svært fornøyd og opplever faglig vekst som følge av sin videreutdanning. Hennes utsagn oppfattes som udelt positiv til videreutdanning innen onkologi. Kristin har med sin lange erfaring på området interesse for videre utdanning. En følelse av å mangle kunnskap på enkelte områder sammenlignet med kollegaer med videreutdanning virker motiverende. Kristin har et ærlig og realistisk syn på egen kompetanse og fremstår som faglig nysgjerrig med solid erfaring innen fagfeltet.

#### SKILLE MELLOM TEORI OG PRAKSIS

*Hvis vi ser tilbake til da jeg startet her... så var det jo litt forvirrende i forhold til det jeg lærte på kurs og det som ble gjort praktisk. Når vi skulle henge opp en pose som kom fra apoteket så var det sagt på kurset at vi og skulle bruke gule frakker... ingen gjorde det her... det var på en måte diskutert om det var nødvendig... for det er et lukket system... det har glidd mer over sånn at ingen gjør det.(Stina)*

Utsagnet forteller om en praksis som avviker fra teorien det undervises i på avdelingens cytostatikakurs. Som nyutdannet sykepleier opplevde Stina en realitetsbrist i møte med den kliniske hverdagen. Hun erfarte at rutiner for bruk av verneutstyr fra kurset ble ikke praktisert i hverdagen. Dette opplevdes som frustrerende. Utsagnet forteller videre at Stina ble påvirket av kollegaers praksis og etter en stund modererte egen bruk av beskyttelsesutstyr. Stina kan i utgangspunktet ha misoppfattet prosedyren for bruk av beskyttelsesutstyr. Alternativt har avdelingen foretatt endringer i rutinene som denne sykepleieren ikke har fått med seg. En annen tolkning er at det er en kultur i avdelingen som gjør at personalet ikke vektlegger det å følge den aktuelle prosedyren. Skulle det forekomme uhell ved håndtering av cytostatika og arbeidstakeren ikke har fulgt retningslinjene og iført seg beskyttelsesutstyr kan en spørre seg hvem som står ansvarlig for de eventuelle skadene. Arbeidsgiver har et ansvar for å opplyse arbeidstaker om gjeldende retningslinjer for

beskyttelse ved håndtering av skadelige stoffer. Arbeidstakeren må selv sørge for å arbeide i tråd med retningslinjene (Arbeidsmiljøloven 2005).

#### FAGSYKEPLEIERS VERDI

*Vi har aldri hatt fagsykepleier... nedskjæringer og budsjett som er sprengt så vi får ikke det. Det er veldig mye vagt... jeg tenker på prosedyrene ja, det er så veldig generelt... Hun som er gravid... har fått lov til å jobbe med dette her... og når en er gravid så skjønner du jo... litt hvordan forholdsregler du skal ta. (Anne)*

*Fagsykepleier har ansvar for alle prosedyrer på avdelingen, sykepleieprosedyrer, opplæringen, vi sertifiserer folk også på prosedyrer og litt sånn forskjellig her, og kurs. Når man er nyansatt og gått igjennom opplæringen så vil fagsykepleier være med sykepleieren rundt, å bli med på et CVK- stell, se på pumpe, infusjonspumpe, at du kan bruke den... ja kjerne- prosedyrer som vi gjør her. (Pia).*

*Vi har jo fagsykepleier her som jeg alltid kan spørre... (Stina)*

Anne forteller om en avdeling som ikke har fagsykepleier og heller ikke har utsikter til å få det i nærmeste fremtid. Anne opplever prosedyrene som uklare og ytrer et ønske om fagsykepleier kan gi faglig støtte og input i den kliniske hverdagen. På tross av økonomiske utfordringer i helseforetaket har avdelingen funnet en midlertidig løsning gjennom å omplassere en gravid sykepleier som ikke kan arbeide i klinikken. Dette vitner om en løsningsorientert og kreativ avdeling på tross av at utsiktene for å tilknytte seg fagsykepleier kan se mørke ut. Pia forteller om konkrete situasjoner der hun har nytte av fagsykepleier. Avdelingen er kompleks og hun signaliserer at kvalitetssikring av opplæring med fagsykepleier gir henne trygghet. Stina fremstår som trygg på at hun har noen å spørre dersom hun skulle være usikker i klinikken. Stemningen i utsagnene til Stina og Pia er sammenfallende gjennom at begge signaliserer trygghet. Til sammenligning vitner Annes utsagn om at hun er søkende etter denne faglige tryggheten og mener at det er behov for en fagsykepleier i hennes klinikk for å ivareta oppdatering av prosedyrer og forholdsregler.

## OPPLÆRING OG CYTOSTATIKAKURS

*Vi har fått litt undervisning på sengepost, men her var det litt som en selvfølge at dette har du gjort før så dette kan du. De nye har en fadderordning.. en av oss sykepleierne de går sammen med i noen dager og ser hva vi gjør og hvordan vi gjør det... og så overtar de etter hvert. (Kristin)*

*Det er jo veldig liten utskiftning, så det har jo ikke vært noe opplegg for opplæring. Jeg har vært her i 6 år og det har ikke vært noen nye. (Anne)*

*Vi har retningslinjer som vi skal følge som vi fikk delt ut når vi begynte og gikk på cytostatikakurs. Alle som begynner her blir sendt på cytostatikakurs. Vi hadde jo forelesninger som gikk igjennom stoffet... og så hadde du prøven på slutten av dagen... og så fikk du et bevis på at du hadde bestått... jeg synes det var bra... en lærte mye. (Lise)*

*... jeg kan jo ikke si at jeg har hatt noen direkte opplæring av cytostatika her. Det er vel et krav at du skal ha det kurset for å gi cytostatika, hvor du enn jobber på huset her. Men vi har vel tatt det for lenge siden hele gjengen tenker jeg. Det er jo forventet at vi driver undervisning utad... på andre poster... til hjemmesykepleien som skal ta imot pasienter som har vært til behandling her... men vi har jo lite tid og får jo ingen ekstra midler... så derfor er det vanskelig å gjennomføre det. (Elin)*

*Det er en komplisert avdeling å ha opplæring i og opplæringstiden er jo bare tre uker, så man er ikke opplært på tre uker. Alle kurer skal man ha ... du får ikke opplæring i alle så ofte så blir man jo litt kastet ut i det. En lærer seg å følge et skjema lærer seg pumpen og grunnprinsipper med hansker, pumpe og sideskyl... og så er det jo cytostatikakurs da, for nyansatte. Vi er flinke til å spørre så jeg synes ikke det er noe sjansespill. (Martha)*

Kristin hadde erfaring med arbeidsfeltet fra tidligere da hun ble ansatt i avdelingen og opplevde at det var forventet at hun hadde lest seg opp på egenhånd. Dagens opplæring av nyansatte beskriver hun som organisert gjennom en fadderordning. Utsagnet forteller om en merkbar endring i avdelingens opplæring av nyansatte. Den tidligere praksisen der arbeidsgiver overlater opplæringen til den nyansatte selv som kan fremstå som uansvarlig og tilfeldig. En arbeidsgiver som fraskriver seg ansvaret for opplæring av ansatte tyder i tillegg på manglende innsyn i lovverk og forskrifter om arbeidsmiljø og kjemikalier. Dagens praksis, slik Kristin beskriver det, oppfattes derimot som en stor forbedring når det kommer til opplæring av nyansatte. Kristin forteller at den nye får følge med en erfaren sykepleier og overta oppgaver og ansvar gradvis. Annes forteller om fravær av opplæringsprogram på

arbeidsplassen og at arbeidsstokken er så stabil at behovet for opplæring ikke har vært aktuelt på årevis. Så lenge det ikke er behov for å ansette nye sykepleiere vil behovet for et opplæringsopplegg fortsatt utebli. Om denne trenden vil vedvare er vanskelig å si noe om. Skulle derimot behovet for å ansette nye sykepleiere oppstå fremstår fagmiljøet i avdelingen som lite forberedt. Lise gir uttrykk for å være fornøyd med opplæringen og beskriver en lærerik opplæringsperiode. Pasientgruppen og avdelingen fremstår som kompleks og avansert og Lises tilfredshet med opplæringsopplegget tyder på gode rutiner for opplæring i avdelingen. I følge Elins utsagn fikk sykepleierne tilbud om verken cytostatikakurs eller opplæring som nyansatte. Hun lurer på om bestått cytostatikakurs var et krav den gangen hun ble ansatt og har et inntrykk av at samtlige ansatte hadde kurset fra tidligere arbeidsforhold. Slik avdelingen beskrives i utsagnet fremstår fagmiljøet i avdelingen som lite fokusert på opplæring og oppdatering. Martha beskriver en opplæring som går over tre uker. I tillegg til cytostatikakurset kvalitetssikres opplæringen gjennom skriftlig test og sjekkliste for kliniske oppgaver i klinikken. Arbeidsstedet sørger også for opplæring i bruk av medisinskteknisk utstyr. Martha oppleves som trygg på at hun får hjelp dersom hun trenger det, og at dette bidrar til faglig trygghet.

#### SYKEPLEIERENS FAGLIGE FOKUS

*Det er viktig å ha kunnskaper om sykdommens art... og at du kan noe om de forskjellige behandlingsstrategiene, at en vet noe om neste trinn. Dette er jo et legeansvar, men vi får mange spørsmål om det og er mye sammen med pasienten. (Elin)*

*Kunnskap om virkning og bivirkning er vesentlig. Også er det jo viktig med forhåndsregler... viktig å informere pasienter om hvordan de skal beskytte sine omgivelser. (Martha)*

Elin fremstår som kunnskapsrik og engasjert i å gi pasienten god informasjon. Hun tilbringer mye tid sammen med pasientene og erfarer at de har mange spørsmål. Derfor ser hun det som nødvendig å holde seg oppdatert utover eget ansvarsområde. Farmakologikunnskaper og det å holde seg oppdatert på administrasjonsmåter er viktige fokusområder for Martha. I tillegg fremheves undervisning for å sikre et sikkert miljø rundt pasienten. Hun fremstår som opptatt av pasientens helbredelse og velvære samtidig som sikkerhet etter cytostatikakur danner et naturlig fokus i denne settingen.

## 6.0 TEORETISK FORSTÅELSE

I det følgende drøftes studiens funn i Kvaless tredje fortolkningskontekst, teoretisk forståelse. Tre hovedtema karakteriserer diskusjonen: redsel, pasientengasjement fremfor cytostatikafokus og skille mellom teori og praksis.

### 6.1 REDSEL

Minner fra starten på karrieren innen onkologi bærer preg av frykt og redsel for flere av de intervjuede. I møte med en uforholdsmessig stor arbeidebyrde, travelhet og utilstrekkelig opplæring sto sykepleierne i fare for å begå avgjørende feil. Underbemanning, alvorlig syke pasienter og mangel på opplæring opplevdes som dramatisk og følgene kunne blitt alvorlige. I følge arbeidsmiljøloven har arbeidsgiver ansvar for å ivareta arbeidernes helse, miljø og sikkerhet, kartlegge farer og risiko samt iverksette tiltak for å redusere helserisiko. Videre skal nødvendig instruksjon, øvelse, opplæring og opplysning om ulykkes- og helsefarer ved arbeidsstedet besørges av arbeidsgiver (Arbeidsmiljøloven 2005). Slik det kommer frem i funnene fremstår opplevelsen med utilstrekkelig kunnskap til handling som utrygt og utløser frykt blant de som står i utfordrende situasjoner uten beredskapskunnskap til å kunne handle på en forsvarlig måte. Arbeidsmiljølovens bestemmelser om opplæring og øvelse ser sånn sett ikke ut til å være ivaretatt da en del av de intervjuede var nyansatte på sitt arbeidssted.

Det kommer frem av funnene at de intervjuede har tanker om hvilken effekt håndtering av cytostatika har på de som arbeider i dette fagfeltet over mange år. Funnene forteller at informasjon og faglitteratur rundt emnet er mangelfullt. Dette vekker usikkerhet blant sykepleierne i miljøet og de etterlyser oppdatert forskning på temaet. Funnene tolkes som at en del av sykepleierne ikke har fått tilstrekkelig med informasjon rundt tema som ulykkes- og helsefarer. I lys av dette funnet ser det ut til at arbeidsmiljølovens bestemmelser om nødvendig opplæring rundt risiko for helse i forbindelse med arbeidsutøvelsen ikke er

fullstendig ivaretatt. Tidligere studier dokumenterer sykepleieres frykt for egen og andres manglende kompetanse (Verity, Wiseman, Ream, Teasdale, & Richardson 2008).

Sammenlignet med studien til Verity et al viser funn fra denne studien sammenfallende opplevelser hos sykepleierne ved at det de opplever som utilstrekkelig kunnskap resulterer i usikkerhet. På denne måten viser denne undersøkelsen, i likhet med eksisterende forskning, at det er utrygghet forbundet med manglende faglig oppdatering.

Det oppleves som ubehagelig å blande cytostatika på nattevakt i helgen, kommer det frem av materialet. "Blanding er det verste jeg gjør", forteller Martha. Belastningen ved nattarbeid, med mange arbeidsoppgaver og iført klamt beskyttelsesutstyr skal sykepleieren blande og administrere korrekte doser cytostatika til pasienten på en sikker og forsvarlig måte. Tanken på de giftige stoffene en håndterer, frykten for å søle og følgene dette kan få vitner om at sikkerhetsansvaret er tungt og kan skape ubehagelige situasjoner for sykepleieren. Andres uhell som følge av feil håndtering av cytostatika gjør sykepleieren ekstra påpasselig med å kontrollere egne rutiner. For eksempel har treveiskraner blitt skrudd feil vei slik at posen har sprukket og innholdet blitt sølt ut i pasientens seng, eller at en dråpe med cytostatika har blitt sølt når sykepleieren skal injisere utblandet tørrstoff inn i posen med saltvann ved blanding av cytostatika. Bade egenopplevde episoder, kollegers uhell eller historier om sykepleiere som har vært uheldige gjør inntrykk på og medvirker til at sykepleiernes fokus ved håndtering av cytostatika. Følelsen av å begå feil i denne settingen fremstår som fryktelig. For en nybegynner som er utrent og utrygg på rutinene er arbeidet tidkrevende i en sammenheng som denne. Når utfordringene oppleves uforholdsmessig store sammenlignet med handlingskompetansen vil en kunne føle usikkerhet og frykt, slik det beskrives av de intervjuede. *"Den sommeren jeg begynte så var det egentlig helt forferdelig. Vi skulle ha 10 pasienter, men vi hadde 20, var bemannet til 10. Nesten alle var nyoppdagede leukemier og skulle ha cytostatika. Jeg husker jeg hadde ansvar for fire kurer på en dagvakt. Man var veldig redd for å gjøre feil, og feil ble gjort når det var så presset".* Frykt og utrygghet vil kunne medføre risikabel håndtering av cytostatika dersom en sykepleier ønsker å bli raskt ferdig og kommer til å forhaste seg. Dette kan igjen medføre at pasientfokus svekkes. Usikkerhet vil kunne smitte over på pasienten og gjøre denne utrygg. Undervisning i kjemoterapi ble trukket frem som vesentlig for at sykepleierne følte seg komfortable med arbeidet i Verity et al sin studie. Det fantes en oppfatning av at mer

utdanning ville være nyttig i arbeidssituasjonen. Studien dokumenterer at mange følte seg utrygge på egen og kollegers kunnskap og at undervisning om cytostatika er et udekket behov blant sykepleierne (Verity, Wiseman, Ream, Teasdale, & Richardson 2008).

Funn fra undersøkelsen viser at sykepleierne tidvis føler seg utrygge i forbindelse med håndtering av cytostatika. Opplevelsen av å begå feil er ubehagelig for den det angår. Samtidig kan slike episoder vekke ubehagelige følelser blant kolleger som har hatt lignende opplevelser tidligere. Kolleger som ikke har egenopplevde uhell vil på bakgrunn av sin kunnskap om håndtering av cytostatika og stoffenes potensielt helseskadelige effekt også kunne la seg påvirke av denne type uhell i avdelingen. Funnene inneholder også bekymring og misnøye fra erfarne sykepleiere som ikke er fornøyd med praksisen ved egen klinikk når det kommer til håndtering av avfall. De har sett rutiner utført på en bedre og sikrere måte ved andre klinikker. Videre kommer det frem av de intervjuede etterlyser forskning på langtidseffekter hos sykehuspersonale med tanke på egen yrkeskarriere innen kreftomsorgen. Frykt vedrørende risikoen for at søppelposene kan sprekke skjerper sykepleiernes arbeidsvaner på bakgrunn av andres uhell. Her kommer de intervjuede med forskjellig budskap. En del av de intervjuene melder om usikkerhet rundt hvilke prosedyrer en følger ved arbeidsstedet mens de andre er orientert om hvilke prosedyrer de skal følge for håndtering av cytostatika. Det dreier seg om fagprosedyrer utarbeidet på det enkelte helseforetak som fungerer som en arbeidsbeskrivelse for sykepleierne i klinikken. Kjemikalieforskriften tar for seg potensielt yrkeshygienisk belastning, som håndtering av cytostatika representerer. Den omtaler blant annet opplæring og informasjon, bruk av personlig verneutstyr, lokaler, tilberedning og kontroll av håndtering av cytostatika samt hvordan avfall og søl skal behandles (Kjemikalieforskriften 2001). I lys av kjemikalieforskriften oppfattes de intervjuedes frykt rundt rutiner for avfallshåndtering som berettiget. Dette spesielt der prosedyrer for håndtering av cytostatika som kjemikalisk avfall fremstår som mangelfull og burde vært ivaretatt på arbeidsstedet.

Opplevelsen av redsel, frykt og usikkerhet i forbindelse med håndtering av cytostatika er gjerne knyttet til sykepleiere med kortere klinisk erfaring. *"I begynnelsen synes jeg det var litt sånn skummelt å administrere det... men nå føler jeg meg veldig sikker..."* forteller Pia. Verity et al mener at en del sykepleiere rapporterte om redsel og at de følte seg skremt og engstelig da de startet å jobbe med kjemoterapi. De var også ekstra påpasselige med bruk av



beskyttelsesutstyr i starten. Økt arbeidserfaring så ut til å medføre mindre frykt blant de studerte (Verity, Wiseman, Ream, Teasdale, & Richardson 2008). I likhet med Verity et al sin studie viser funn fra denne undersøkelsen at sykepleieren føler seg sikrere med økende erfaring. Pias beskrivelse illustrerer endringen fra å oppleve administrasjon av cytostatika som skummelt til at hun nå føler mestring ved arbeidet.

Pia illustrerer kunnskapsnivået til en sykepleier som etter opplæring og et par år i klinisk praksis erfarer at hun nå føler seg tryggere på rutinen og løsrevet fra prosedyrer. Benner sin sykepleieteori beskriver trinnene på veien til ekspertise innen sykepleiefaget. Novisen preges av usikkerhet og er i stor grad bundet til prosedyrer og retningslinjer for å fungere i klikken. Den videregående nybegynner er lite fleksibel ved større endringer i den kliniske situasjon, men handler etter prinsipper uavhengig av situasjonen og har en akseptabel fagutøvelse. En sykepleier som har oppnådd nivået kompetent utøver orienterer seg mot det overordnede målet og hensikten med handlingen. Dette nivået kjennetegnes av sykepleierens evne til analytisk problemløsning i kliniske situasjoner. Den kyndige sykepleieutøveren oppfatter hurtig det kliniske problem og har en grundig helhetsforståelse i den kliniske setting (Benner 1984). Pia i eksempelet passer inn omtrent på dette nivået i Benners kliniske stige. Videre venter de siste stadiene til klinisk ekspert. For ekspertsykepleieren har aktiviteten blitt en del av utøveren selv, slik Benner beskriver det. På ekspertnivået vil det ikke være nødvendig for sykepleieren å hente frem en prosedyre for å utføre oppgaven. Det hele har blitt en rutine der kunnskap og handlekraft fungerer som en ryggmargsrefleks når eksperten arbeider, utøvelsen går av seg selv.

## **6.2 PASIENTENGASJEMENT FREMFOR CYTOSTATIKAFOKUS**

De intervjuede ser på cytostatika som et nødvendig onde, kommer det frem av funnene. Fremfor å fokusere på farene med cytostatika velger en heller å se cytostatikaens langsiktige effekt muligheten til å oppnå helbredelse samt konsentrere seg om hvordan de kan hjelpe pasienten i situasjonen. Det ser ut til at sykepleierne blir mer opptatt av sin oppgave med å bistå pasienten enn å fokusere på cytostatika. Sykepleieren bruker sin tid til å lindre pasientens lidelse og sørge for at pasienten har det best mulig. Fokuset på cytostatika,

kjemiske stoffer og rutinene rundt dette oppfattes som nedtonet i forholdet mellom engasjementet de intervjuede viser for pasienten og det medmenneskelige i situasjonen. Sykepleiernes holdninger til å fokusere på pasientens velvære ser ut til å være påvirket av følelsene som vekkes i møte med pasientens lidelse og pasienten som medmenneske. Rokeach beskriver våre holdninger til å påvirkes av affektive, emosjonelle og adferdsmessige aspekt (Rokeach 1973). Sagt på en annen måte er kunnskap, hensikter og følelser opphav til en persons verdier og holdninger. Engasjementet for pasientene vitner om sykepleierens holdninger til egen yrkesutøvelse og verdier i forvaltning av sin rolle overfor pasienten. Sykepleiernes store engasjement kommer frem gjennom at de gjør alt i sin makt for at pasienten skal klare å stå i behandlingen og beholde sitt livsmot og optimisme. Dette til tross for at sykepleierne arbeider i en sammenheng der pasienter behandles for akutt kritisk sykdom og både sykdommen og behandlingen forbindes med lidelse. I etterkant av behandlingen blir sykepleierne relativt ofte vitne til at pasientene kan få tilbakefall og lidelsen vil fortsette.

De intervjuede sitter med mye kunnskap om kreftsykdom og behandling med cytostatika. Samtidig opplever en del av de intervjuede utfordringer når det kommer til sikker håndtering av cytostatika som kjemisk stoff og etterlyser oppdatert litteratur. Funnene bærer preg av at det viktigste for sykepleiernes er pasientens opplevelse. Denne holdningen viser sykepleiernes syn på egen funksjon og fremhever deres intensjon i yrkessammenheng. Følelsene påvirker også holdningene og de intervjuede forteller at de lar seg berøre av pasientens situasjon. Det at de lar seg berøre påvirker deres holdninger og arbeid, slik Rokeach definerer opprinnelsen til våre holdninger.

Kristin beskriver en situasjon der pasienten og dennes familie er utfordret på kommunikasjon rundt kreftdiagnosen og den vanskelige situasjonen de befinner seg i. "... mange er så redde at de ikke tør snakke sammen". Redsel og utrygghet medfører mangel på kommunikasjon ved at familien ikke tør prate sammen. Sykepleierens måte å hjelpe familien på er som hun beskriver "å finne tilnærmingsveier". Hun kommuniserer trygghet og støtte til familien for at de sammen kan finne ut av hvordan de skal ivareta seg selv i situasjonen, uten å føle seg sosialt forpliktet. Samtidig åpner hun for åpen kommunikasjon rundt følelser og handlingsvalg for pasienten og dennes familie i situasjonen. Hun tilstreber at pasienten skal få ha kontroll og myndighet over hvordan den ønsker sin tilværelse. Sykepleierens vurderer

rett tid og pasientens overskudd i forhold til å samtale. Hennes kunnskap og erfaring på kreftsykdom og behandlingen samt kreativitet og innlevelse inngår i hennes terapeutiske bruk av seg selv i kontakten med pasienten og dennes familie. Målet er å bidra til hjelp, støtte og problemløsning for pasienten og kommunikasjon blir sånn sett et sentralt verktøy.

Travelbee omtaler sykepleierens funksjon til å hjelpe pasienten til sykdomsmestring samt å finne mening i erfaringene dette gir. I følge Travelbee sin teori er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskap. Sykepleierens kommunikasjon gjennom sensitivitet, kunnskap og timing er en forutsetning for at den skal kunne hjelpe den syke til å oppnå mestring av sykdom og finne mening i erfaringene, slik Travelbee definerer hensikten med sykepleie. Gjennom kommunikasjon bruker også sykepleieren seg selv terapeutisk i samhandlingen med den syke. Kommunikasjon bidrar til den mellommenneskelige kontakten som er avgjørende i oppfyllelsen av sykepleiens hensikt. I den mellommenneskelige samhandlingen bruker også sykepleieren seg selv som terapeutisk redskap. Sykepleie anses som vellykket når en oppnår denne kontakten med den syke (Travelbee 1999).

Målsetningen om at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt er viktig for sykepleierne og de arbeider tett på pasientene. Tilgjengelighet, telefonisk oppfølging i etterkant av kurene og å sørge for god og tilrettelagt informasjon er blant tiltakene sykepleierne iverksetter. De samtaler om løst og fast med pasientene under behandlingen samtidig som de er åpne for å snakke om store og viktige ting. Dette synet på egen rolle viser hvordan sykepleieren forholder seg til pasienten som medmenneske, er sensitiv for pasientens behov og bruker seg selv terapeutisk, slik det beskrives av Travelbee. Resultatet blir tett oppfølging med tanke på informasjon og formidling av trygghet til pasienten i en sykdomsperiode som gjerne oppleves skremmende og vanskelig for de som er rammet.

I følge undersøkelsens funn opplever pasientene krise i forbindelse med kreftdiagnose og cytostatikabehandling. Sykepleierne er opptatt av at pasientenes skal få bearbeide og håndtere krisen på best mulig måte og de har en oppfatning om at det inngår i deres arbeidsfunksjon å bidra med å avhjelpe pasientens opplevde krise.

John Cullberg sin teori om menneskets krise og utvikling er sentral å anvende i denne settingen. Pasientens opplevde krise fordrer at hjelperen har kunnskap om hvordan

identifisere, møte og bearbeide kriser. Samtidig forutsetter hjelperollen at hjelperen har selvinnsikt med tanke på egne evner og forhold til sine egne utfordringer slik at en er i stand til å hjelpe pasienten (Cullberg 2007). De ulike fasene i opplevd krise vil påvirke pasientens mottakelighet for bistand og samtidig sykepleierens mulighet til å yte hjelp. I sjokkfasen har det for eksempel liten hensikt å gi store mengder informasjon, da pasienten ikke har kapasitet til å ta det inn i denne fasen av krisen. Sjokkfasen er derimot tidspunktet for korte informasjonssekvenser med tydelig og enkel informasjon til den kriserammede. Å skulle hjelpe pasienten i en slik situasjon setter krav til sykepleierens kunnskap om fenomenet krise, faglig trygghet og erfaring. Det å få en kreftdiagnose kan sammenlignes med Cullbergs definisjon av en traumatisk krise. Han trekker frem forutsetningen om empati, selvinnsikt og terapeutisk holdning hos hjelperen. Sykepleieren fungerer som støttende og stabiliserende element i pasientens sjokk, reaksjon, bearbeiding og nyorientering i sin opplevde krise. "Pasientene er redde for å klage" Annes utsagn forteller om en pasient som ikke klager. Det kan være ulike årsaker til dette, men i følge Cullberg vil mennesket i sjokkfasen av en krise ikke kunne ta initiativ eller avreagere naturlig. "Når de kommer inn her med leukemi så er alt i krise, men etter å ha vært her en måned så spør de óg etter hvite, neutrofile og trombocytter og har full peiling på hva de skal igjennom". Pias utsagn sier noe om utviklingen av pasientens mestringsnivå fra å være i en krise til å oppleves som i den nyorienterende fase, slik Cullberg beskriver det. Pasientens interesse for å følge med på egne blodprøvesvar og orientere seg om neste skritt i behandlingen indikerer at pasienten har nådd de siste nivåene i krisesituasjoner der personen bearbeider krisen og starter nyorientering mot slutten av krisen.

Anne beskriver sitt motivasjonsarbeid at pasienten skal fullføre cytostatikabehandlingen på tross av lidelsen den medfører: "Det er min jobb å motivere ja...". Her beskrives samspillet og kommunikasjonen rundt pasientens lidelse. Joyce Travelbee omtaler i sitt arbeid sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv i relasjon med pasienten for å bidra til å håndtere lidelse (Travelbee 1999). Beskrivelsene av sykepleierens funksjon gjennom gjennom nær kontakt, kommunikasjon og motivasjon sammenfaller med Travelbees beskrivelse av terapeutisk bruk av seg selv i sykepleieutøvelsen. Videre anser Travelbee det å hjelpe den syke til mestring av lidelse og sykdom og finne mening i erfaringene, som det overordnede målet med sykepleie. Annes syn på egen rolle som motivator for pasienten i en

tilværelse preget av kraftløshet med håp om helbredelse viser tydelig den mellommenneskelige settingen i sykepleie. Engasjementet rundt god kommunikasjon med pasienten for å kartlegge hvordan hun kan bidra til å avhjelpe pasientens lidelse trer frem. I følge Travelbee er kommunikasjon et av sykeleierens mest sentrale verktøy og avgjørende for å kunne hjelpe pasienten til å mestre lidelse. Anne er genuint opptatt av pasientens opplevelse av situasjonen og at hun benytter aktiv og målrettet kommunikasjon for å oppnå gjensidig kontakt og forståelse av pasienten for å kunne bidra til lindring. Sykepleierne fokuserer på mennesket bak cytostatikakuren. Det å bidra til livskvalitet og fravær av plager er noe som opptar de intervjuere i denne settingen.

Kristin forteller hvilken lærdom jobben kan gi henne som menneske: "En blir ydmyk av å jobbe med kreftpasienter... se hva de gjør for nuet... se hele personen og ikke bare kuren". Hun føler seg ydmyk av pasientens livsmot og evne til å leve i nuet. Denne ydmykheten og respekten for pasienten ses i sammenheng med hennes holdninger og verdier som medmenneske i sin forståelse av og kontakt med pasienten. I følge Rokeach har følelser og hensikter samt kunnskap innvirkning på en persons verdier og holdninger (Rokeach 1973). Denne sykepleierens ydmykhet overfor pasienten i situasjonen berører også sykepleierens egne følelser i en så nær og spesiell kontekst som denne. Kontakten mellom de to vekker naturlige følelser hos sykepleieren og påvirker dennes engasjement og dypere hensikt med sin sykepleiegjerning i den situasjonen som beskrives. Dette resulterer i et fokus på pasienten som medmenneske samt at det gir verdifull lærdom om livet slik sykepleieren i utsagnet beskriver det. Det at sykepleieren kommer i kontakt med egne følelser gjennom pasienten gjør utslag på hennes verdier og holdninger, slik det beskrives av Rokeach. Disse holdningene påvirker igjen sykepleieutøvelsen til pasienten som mottar cytostatika.

### **6.3 SKILLE MELLOM TEORI OG PRAKSIS**

De intervjuede kommer med ulike beskrivelser når det kommer til å følge prosedyrer for håndtering av cytostatika. En del opplever at de har tilgang på prosedyrer og gjør en innsats for å følge dem ved håndtering av cytostatika. Samtidig forteller funnene om sykepleiere som ikke søker opp prosedyrer selv, men i stedet spør kolleger om hvordan en utfører den

aktuelle prosedyren. Vedkommende har dermed ingen kontroll med om den handler etter gjeldende prosedyre eller om en baserer seg på kollegers sist oppdaterte kunnskap. I tillegg har andre problemer med søkeverktøyet og lykkes ikke med å finne den prosedyren de søker etter. Andre igjen savner prosedyrer for håndtering av cytostatika som et resultat av at den ikke er tilgjengelig på arbeidsstedet eller at den gamle versjonen er under revisjon og sånn sett ikke tilgjengelig for sykepleierne i sitt kliniske arbeid. Sykepleiernes holdninger til å sette seg inn i og benytte teoretisk fundert kunnskap i sin yrkespraksis gjennom oppdaterte prosedyrer for håndtering av cytostatika vurderes sånn sett som varierende.

Skillet mellom teori og praksis kommer frem som et interessant funn i undersøkelsen. "Når vi skulle henge opp en pose som kom fra apoteket så var det sagt på kurset at vi skulle bruke gule frakker... ingen gjorde det her...", forteller Stina. Hennes utsagn forteller at hun modifiserte sin fremgangsmåte og tilpasset sine rutinener etter den etablerte kulturen i avdelingen.

Instrukser for bruk av beskyttelsesutstyr ved håndtering av kjemikalier er omtalt i lovverk og forskrifter og utarbeidet med tanke på å unngå personskade. Arbeidstakeres oppfølging av instrukser er avgjørende for sikker håndtering av cytostatika. Teoretisk kunnskap som ikke følges opp i praksis representerer et skille mellom teori og praksis i den kliniske hverdagen.

I følge studien til Gershon et al (2004), reflekterer organisasjonens klima de ansattes persepsjon av organisasjonens kultur og omhandler grunnleggende antagelser, verdier og normer innen ansattes oppfølging når det kommer til generelle sikkerhetstiltak.

Organisasjonens klima ses som en refleksjon på de ansattes syn på organisasjonens sikkerhetskultur og antagelser, verdier og normer blant de ansatte. De intervjuede i denne undersøkelsen har ulike beskrivelser når det kommer til bruk av prosedyrer på arbeidsstedet. Noen erfarer at prosedyrer er mangefulle, noe som kan forklare at de har begrenset mulighet til å følge opp prosedyrer for håndtering av cytostatika, som teoretisk kunnskap, i sin kliniske praksis. I et arbeidsmiljø der det fra arbeidsgivers side er mangelfulle prosedyrer blir dette en naturlig begrunnelse for at teoretisk funderte prosedyrer ikke følges opp i klinisk praksis. Ved arbeidssteder der det er tilrettelagt med tilgang til prosedyrer vil ulike former for verdier og holdninger spille inn som forklaring på at teori ikke alltid følges opp i praksis.

Slik Rokeach beskriver verdiene og holdningene våre påvirkes de av ulike faktorer. Kunnskap, følelser og hensikter er med på å forme en persons holdninger (Rokeach 1973).

Kunnskapsnivået vil kunne påvirke intensjonen en sykepleier har for sin yrkesutøvelse og holdningene om å utføre jobben på en god og forsvarlig måte. Personligheten og ens verdier spiller inn i holdningene og påvirker det vi har til hensikt å gjøre eller ikke gjøre, slik Rokeach beskriver holdninger. Enkelte stiller høyere krav til egne prestasjoner og føler at det aldri blir bra nok og har sånn sett utfordringer med at vanskelige ting på arbeidsplassen blir med hjem og kanskje til og med frarøver dem nattesøvn. Andre kan ha en holdning om at arbeidet de utfører er godt nok. Holdningene rundt viktigheten av sikker håndtering av cytostatika vil sånn sett kunne variere.

Enkelte spør kolleger om hjelp eller innføring i en prosedyre fremfor å søke opp egne prosedyrer. Arbeidsmiljøloven gjør det klart at arbeidsgiver er ansvarlig for å gi den ansatte kunnskap og rammer for å ivareta den ansattes helse og sikkerhet (Arbeidsmiljøloven 2005). Når arbeidsgiver legger til rette for sikker håndtering av cytostatika fordrer det den ansatte til å ta i bruk nødvendige sikkerhetsrutiner for å unngå nettopp helseskade. En begrunnelse for å søke kunnskap om prosedyrer i kolleger er å spare tid. For å holde seg faglig oppdatert forutsettes at en setter seg inn i nyheter på eget fagfelt. Det å Holdningsspørsmål eller er kliniske hverdag for travel til å kunne prioritere søk etter prosedyrer for å kunne skaffe seg riktig faglig prosedyre for å basere sin utøvelse av håndtering av cytostatika på. En travel arbeidsdag og sykepleierens holdninger til å prioritere oppdatering av egen fagkunnskap spiller her inn i fagmiljøet som kultur.

Gershon et al mener at ledelsens engasjement for sikkerhet gjennom å arrangere sikkerhetskurs og følge opp sikkerhetstiltak påvirker arbeidsstedet sikkerhetskultur i positiv retning (Gershon et al. 2000). Kulturen i avdelingen kan sånn sett være en medvirkende årsak til at teoretisk kunnskap, som prosedyrer for håndtering av cytostatika, ikke videreføres i klinisk praksis slik det kommer frem av undersøkelsens funn. McDiarmid beskriver en sikkerhetskultur på arbeidsplassen som avgjørende for hvordan den ansatte forholder seg til sikkerhetstiltak i forbindelse med ivaretagelse av sikkerhet ved håndtering av blodbåren smitte (McDiarmid and Condon 2005). Håndtering av avfall fra blodbåren smitte kan overføres til håndtering av cytostatika ved at sykepleieren i begge tilfeller håndterer potensielt skadlig avfall. Opplevelse av samhold kan påvirke kulturen og miljøet og

på et arbeidssted. Arbeidskulturen i en avdeling speiles sånn sett av holdningene og verdiene til den enkelte sykepleier og sykepleiergruppen som helhet. Slik Rokeach beskriver holdninger påvirkes de av vår kunnskap, følelser og personlige væremåte samt våre hensikter. Dersom en får en følelse i fagmiljøet av at man overdriver sikkerhetsrutinene vil dette kunne bidra til at en nyansatt med ønske om å gli inn i miljøet firer på sine teoretisk funderte rutiner, slik det kommer frem i Stina sitt utsagn.

En annen begrunnelse for utilstrekkelig bruk av prosedyrer ved håndtering av cytostatika kan skyldes at teorien mangler, det vil si at vedkommende mangler kunnskap om bruk av beskyttelsesutstyr eller har mangelfull innsikt i hvilken risiko søl med cytostatika vil kunne medføre. Personer i fagmiljøet kan ha ulike tolkninger eller oppfatninger av relevant kunnskap i situasjonen med håndtering av cytostatika. Som Stina fortalte i starten av avsnittet hadde de erfarne sykepleierne andre synspunkt enn henne selv om bruk av gule frakker når en skulle henge opp cytostatika. Dersom en lever i troen av å ha tilstrekkelig kunnskap på et område vil mangel på faglig oppdatering kunne resultere i kunnskapsbrist hos sykepleiere. Dette kan videre sees i sammenheng med arbeidstakers holdninger og at en muligens føler seg tilstrekkelig kompetent på arbeidsområdet. Dersom en opplever at eksisterende rutiner for håndtering av cytostatika i klinikken er godt innarbeidet og fungerer tilfredsstillende vil en kanskje ikke se seg om etter nye metoder for å vurdere om de muligens er bedre. Arbeidsvanene kan sånn sett medvirke til at gamle prosedyrer benyttes på bekostning av nye og oppdaterte prosedyrer. Dersom en lever i troen av å ha tilstrekkelig kunnskap på et område vil mangel på faglig oppdatering kunne resultere i kunnskapsbrist. Dette kan også ses i sammenheng med holdninger rundt arbeidets utfordringer, syn på egen kunnskap og faglig forsvarlig praksis. Ben Ami et al (2001) dokumenterer at sykepleierne ikke følger arbeidsstedets regelverk for sikker håndtering av skadelige stoffer fullstendig og at årsaken delvis skyldes kunnskapsmangel.

De ansattes nøyaktighet og bruk av aktuelle sikkerhetstiltak påvirkes sånn sett av klimaet og kulturen på arbeidsplassen (Gershon et al. 2004;McDiarmid & Condon 2005). Stina sitt utsagn illustrerer hvordan en etablert kultur kan påvirke den enkelte arbeiders vaner rundt sikkerhetsrutiner i en avdeling. Med ny kunnskap fra sikkerhetskurs møtte denne sykepleieren en kultur i avdelingen der man lempet på sikkerhetstiltakene ved håndtering av



cytostatika. Slik Stina beskriver det påvirkes nye arbeidstakere av hvordan de erfarne ansatte forholder seg til sikkerhetsprosedyrer og hva som er kultur eller kutyme på arbeidsplassen.

Funnene viser at de intervjuede har ulike erfaringer vedrørende temaet opplæring av sykepleiere i klinisk håndtering av cytostatika. Der en del av de intervjuede ble sendt på cytostatikakurs kort tid etter ansettelse, fikk de andre en erfaren sykepleier som fadder som hadde som oppgave å introdusere den nyansatte til avdelingens rutiner rundt håndtering av cytostatika. Det ser ut til at de sistnevnte forventes å inneha tilstrekkelig kunnskap og klinisk erfaring til å fungere i klinikken. Informantene er usikre på om arbeidsstedet muligens krever bestått cytostatikakurs ved ansettelse. En varierende, tilfeldig og til tider mangelfull opplæring i håndtering av cytostatika kommer frem som funn i undersøkelsen. Sikker håndtering av kjemiske stoffer omtales i kjemikalieforskriften og setter krav til blant annet opplæring, bruk av personlig verneutstyr og tilbereding av cytostatika der en tar forholdsregler med tanke på toksisitet i stoffene (Kjemikalieforskriften 2001). Håndtering av cytostatika representerer her en potensiell yrkeshygienisk belastning for sykepleieren. Gjennom administrasjon av risikoavfall, potente legemidler og kjemikalier risikerer sykepleier uheldig kontakt med stoffene eller å forårsake unødig lidelse hos pasienten gjennom kontakt med de giftige stoffene. Som eksempel kan pasienten få etseskader på huden ved søl av cytostatika eller at lekkasje fra administrasjonssettet kommer i kontakt med pasientens hud. Rutinene med utilstrekkelig opplæring og risiko for eksponering for cytostatika som motstridende forhold til kjemikalieforskriftens krav om tilrettelegging for forsvarlig håndtering av kjemikalier.

Pasientinformasjon kan by på utfordringer som berører sykepleierens yrkesetikk og forvaltning av teori og klinisk praksis. Dosering av informasjon til en pasient for å forberede vedkommende på den første cytostatikakuren er en faglig utfordring og skisserer samtidig et etisk dilemma. Anne forteller: "for at det ikke skal bli alt for avskrekkende... hvordan skal du fortelle dem at det her kan bli... tøft?... det er noen som får det og noen ikke... jeg skjønner pasientene... føler seg snytt av at vi ikke sa noe om bivirkningene". Utsagnet illustrerer skillet mellom etisk teori og klinisk praksis, noe som kan oppfattes som svært utfordrende i en setting der pasienten er prisgitt sykepleierens hjelp og tilliten mellom pasient og sykepleier er avgjørende.

I følge etiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleieren faglig, etisk og personlig ansvarlig for egne vurderinger og handlinger når den utøver sykepleie (International Council of Nursing (ICN) 2007). Annes utsagn vitner om at hun i dette eksemplet bevisst vektet fordeler og ulemper ved å gi pasienten informasjon om kvalme som bivirkning. Målet om å unngå forventningskvalme hos pasienten, gjennom å begrense informasjonen om kvalme som bivirkning, vektet i dette tilfellet tyngre enn fullstendig informasjon rundt cytostatikakuren. Begrunnelsen ligger i at sykepleieren vil unngå økt lidelse hos pasienten, som forventningskvalme, noe som kunne blitt resultatet dersom pasienten fikk for stor mengde informasjon om kvalme. Informantene i studien til Saltmarsh et al forteller om lignende som det Anne beskriver. Sykepleierne i studien fortalte at pasientene ikke var fullstendig informert i forkant av behandlingen og at de hadde en tendens til å samtykke på grunnlag av de positive effekter legen hadde presentert. Videre opplevde de moralske dilemma og følte seg som delt i sin rolle som pasientens advokat med innsikt i alle potensielle utfall behandlingen vil kunne få for pasienten samtidig som pasientens håp om å bli frisk var basert på den medisinske tilnærmingen (Saltmarsh & De Vries 2008). Annes illustrasjon av etiske dilemma forteller i likhet med studien til Saltmarsh et al at sykepleier i sin arbeidsfunksjon føler seg utfordret mellom ulike verdier og opplever sånn sett etiske dilemma i sin kliniske hverdag. Pasientinformasjon blir her sykepleietisk relevant ved at sykepleier blir ansvarlig for å forvalte egen rolle og kunnskap til det beste for pasienten med risiko for tillitsbrudd eller annen lidelse, som unødig kvalme.

Sykepleierens kunnskap, følelser og intensjoner, den etablerte kultur i en avdeling samt tilrettelegging fra arbeidsgiver vil påvirke sykepleierens holdninger og kan være en forklaring på at teoretisk kunnskap ikke alltid følges opp i klinisk praksis. Noe som bidrar til skillet mellom teori og praksis.

## 6.5 METODEDISKUSJON

Det å benytte intervjuundersøkelse som metode for å analysere sykepleieres syn på håndtering av cytostatika har hatt implikasjoner for analysens resultater.

### Datasamlingsmetode

En har lyktes med å få nyansert og detaljrik kunnskap ved å bruke intervjuundersøkelse som metode. Gjennom intervjuene har jeg kommet et stykke inn under huden på de som håndterer cytostatika til daglig og avdekket blant annet erfaringer, holdninger, engasjement og bekymringer hos sykepleierne. Dette har gjort det mulig å beskrive aspekt i fagmiljøet som ikke er eksplisitt i det daglige og representerer på denne måten ny kunnskap.

Til sammenligning kunne også fokusgruppeintervju vært en anvendbar datasamlingsmetode til studiens problemstilling. Dette kan medføre at enkelte informanter inntar en passiv rolle i gruppen og ikke kommer til orde under intervjuet. Samtidig kan informanter vegre seg for å fortelle fritt med tanke på hvordan utsagnene kan oppfattes av de andre medlemmene av gruppen. En risikerer dermed at verdifulle data går til spille. I tillegg kan det være utfordrende for en uerfaren intervjuer å styre et gruppeintervju (Kvale & Brinkmann 2009).

Et aspekt ved intervjuforskning som metode er spørsmålet om en studie av denne typen har en forskningsmessig verdi utover denne unike settingen. Intervjuundersøkelsen har resultert i en dypere forståelse av en gruppe sykepleiere sitt syn på og opplevelse av håndtering av cytostatika på to norske sykehus. Studiens tema og resultat vil kunne bidra til bevisstgjøring av egne holdninger og tanker rundt håndtering av cytostatika for de sykepleierne som var med i studien.

Undersøkelsens teoretiske rammeverk, metodiske fremgangsmåte, analyseprosess og studiens funn er redegjort for i de foregående kapitlene.

### Forskerens rolle

Intervjuundersøkelsen som metode kritiseres gjerne for at forskeren kan påvirke temaet som studeres gjennom sin forforståelse. Gjennom bruk av intervjuguide sikres alle informantene å bli stilt de samme spørsmålene. Avhengig av informantens respons på intervju spørsmålene har jeg som intervjuer kommet med oppfølgingsspørsmål. Dette for å utdype informantens svar og korrigere eventuelle feil eller misforståelser. I tillegg ble det gjennomført

avslutningssamtaler med hver enkelt informant umiddelbart etter intervjuene. Samtlige informanter har dermed hatt gode muligheter for å endre og korrigere egne uttalelser. I analysen av rådataene er informantenes egen tolkning av utsagnene ivaretatt gjennom analysemetodens har selvforståelsesperspektiv.

Forskeren er et sentralt verktøy i kvalitative dybdeintervju som metode og har påvirkning på innsamling analyse og fortolkning av datamaterialet. Likeledes har forskeren påvirkningskraft i diskusjonen av undersøkelsens funn og deres plassering i eksisterende kunnskap på området (Malterud 2003). Jeg har gjennom undersøkelsen tilstrebet åpenhet og sensitivitet for de intervjuedes livsverden som studiefelt for at deres stemme skal få komme frem.

Teoretisk lesing av intervjutekster fører til nye kontekster for betraktninger av intervjutemaene og bidrar til å få frem nye dimensjoner av kjente fenomener. Likevel kan teoretisk lesning av datamateriale kan medføre ensidige tolkninger som kan forhindre at en ser nye aspekter ved fenomenet som studeres (Kvale & Brinkmann 2009). For å motvirke ensidig tolkning av datamaterialet har jeg reflektert rundt mine forutsetninger i forhold til forskningstemaet og og tilstrebet avstand til egen forforståelse gjennom å være åpen for hva som kommer frem av de intervjuedes utsagn. Åpenhet for hvordan tekstene fremstår samt følsomhet overfor nyansene i det informantene forteller er sånn sett avgjørende.

I min kliniske hverdag arbeider jeg ikke med håndtering av cytostatika eller i en arbeidssammenheng der jeg har innsyn i studiefeltet eller en etablert forforståelse på forskningstemaet. I forbindelse med denne undersøkelsen har jeg hospitert to dager ved en hematologisk avdeling for å teste ut intervjuguiden og få et innblikk i sykepleierens arbeid med cytostatika. I tillegg har jeg lest om temaet håndtering av cytostatika samt fått lese prosedyrer for håndtering av cytostatika. Jeg går sånn sett inn i forskningsprosessen med en utforskende og faglig nysgjerrig holdning.

### Metningspunkt

Følelsen av å ha intervjuet et tilstrekkelig antall informanter for å kunne svare på forskningsspørsmålene meldte seg under de siste intervjuene. Etter oppfølgingsspørsmålene på slutten av intervjuene satt jeg igjen med inntrykket at det ikke var mer av relevans for temaet å hente. Informantenes svar begynte etter hvert å sammenfalle. Risikoen for å

benytte dette argumentet er imidlertid at en da stopper rekruttering av informanter når en har fått bekreftet sine antagelser eller tidligere funn.

Et utvalg fordelt på to sykehus og ulike typer avdelinger har resultert i spredning i alder og arbeidserfaring blant undersøkelsens informanter. Forutsetningene for å oppnå et nyansert bilde av sykepleieres tanker og holdninger rundt håndtering av cytostatika ligger sånn sett til rette. Det å sikre seg et utvalg som gir datagrunnlag for alternative tolkninger er av betydning for undersøkelsens mulighet til å gi relevante svar på problemstillingen.

### **Rekruttering av informanter**

Et kritisk aspekt ved denne fremgangsmåten ved å rekruttere på kan være at informantene føler seg presset til å delta og opplever det vanskelig å si nei dersom de ikke ønsker å delta i studien. Dette kan være en bakdel at jeg benyttet informantenes nærmeste overordnede for å komme i kontakt med informantene. Samtidig så ble avdelingssykepleiere ved de ulike klinikkene foreslått som aktuelle kontaktpersoner da jeg henvendte meg til forskningsansvarlig ved sykehusene. Sånn sett ble det naturlig for meg som forsker å forholde seg til kontaktpersonene.

### **Informantutvalget**

Malterud omtaler prosessen ved utvalg av informanter til å være avgjørende for å kunne besvare studiens forskningsspørsmål (Malterud 2003). Utvalget av informanter skal gi et tilstrekkelig datamateriale til å svare på studiens forskningsspørsmål. Et for stort materiale vil være uoversiktlig og vanskelig å analysere. Et for lite datagrunnlag vil ikke kunne gi en dekkende belysning av problemstillingen. Et tilstrekkelig antall informanter avhenger av forskningsspørsmålenes kompleksitet, hvorvidt datainnsamlingen gir kunnskap og om hvor passende utvalget viser seg å være. Denne undersøkelsen endte opp med syv informanter fra to ulike typer avdelinger og helseforetak. Dette representerer en variasjon i materialet og åpner for ulike tolkninger og syn på samme type arbeidsfelt. På denne måten har variasjon og breddedata blitt ivarettatt.

## 7.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne undersøkelsen var å få innsikt i sykepleieres håndtering av cytostatika og avdekke kunnskap og holdninger som kan påvirke dette arbeidet. Eksisterende forskning på temaet dokumenterer kunnskapsbrist og engstelse, varierende bruk av beskyttelsesutstyr og retningslinjer ved håndtering av cytostatika. Dette kunnskapsgrunnlaget, mangelen på denne type undersøkelser i norsk kontekst samt antakelser om at det også i Norge kan foregå noe tilfeldig håndtering av cytostatika danner bakgrunnen for problemstillingen.

Gjennom fortolkning av datamaterialet fra dybdeintervju med syv informanter trer hovedfunnene frem som redsel, pasientengasjement fremfor cytostatikafokus og skille mellom teori og praksis.

Studiens funn forteller om nyutdannede sykepleieres frykt i forbindelse med håndtering av cytostatika. Redsel vekkes hos sykepleieren når det møter utfordrende med begrenset kunnskap på fagområdet. Dette viser mangelfull ivaretagelse av arbeidsmiljølovens bestemmelser om trening og opplæring angående potensielle farer ved arbeidsstedet. Likeledes kommer det frem at mangel på kunnskap rundt cytostatikaens langsiktige effekt for den som arbeider i fagfeltet skaper bekymring hos de mer erfarne sykepleierne.

Sikkerhetsansvaret og frykten for å søle samt tanken på følgene dette vil kunne få samtidig med historier om uhell skaper frykt og utrygghet blant sykepleierne. I likhet med resultatene fra studien til Verity et al (2008) kan sykepleierne føle seg utrygge på egen og andres kunnskap i forbindelse med håndtering av cytostatika. Budskapet fra de intervjuede er delt om tilgang til, bruk av og kunnskap om prosedyrer for håndtering av cytostatika, inkludert avfallshåndtering. Det ser ut til at oppfølgingen av kjemikalieforskriftens bestemmelser ikke er tilstrekkelig ivare tatt ved arbeidsstedet til en del av de intervjuede, noe som bidrar til bekymring. Redsel ved håndtering av cytostatika samsvarer med klinisk erfaring ved at sykepleierne føler seg tryggere ved håndtering av cytostatika etter hvert som de tilegner seg mer erfaring. Dette funnet er i tråd med Verity et al sin studie og sammenfaller også med Patricia Benner sin teori om klinisk ekspertise i sykepleie der eksperten utfører rett handling basert på erfaring og intuisjon som følge av årelang læring.

Det kommer frem av studiens funn at cytostatikaen ses på som et nødvendig onde og at sykepleieren i større grad fokuserer på pasienten. Håndtering av cytostatika inngår i behandling av pasientens kreftsykdom og for sykepleieren representerer dette en handling som må gjennomføres. Sykepleieren inntar en støttende og lindrende rolle i arbeidet tett på pasienten. I møte med pasientens utfordringer og lidelse berøres sykepleieren på et medmenneskelig plan, noe som forsterker pasientengasjementet. Rokeach definisjon av våre holdninger til å være påvirket av følelser og kunnskap. Her påvirkes sykepleieren holdninger og fokus av følelsene pasienten vekker i sykepleieren som medmenneske.

Skillet mellom teori og praksis kommer frem som et funn i undersøkelsen. Skillet kommer tydelig frem gjennom etiske dilemma som oppstår ved at sykepleieren ser seg nødt til å velge mellom en verdi fremfor en annen. Funnene avdekker at pasientinformasjon og forventningskvalme kan ses i sammenheng. For mye informasjon om potensielle bivirkninger, som for eksempel kvalme, før pasienten får behandlingen kan fremkalle nettopp kvalme. Sykepleierens intensjon om å hjelpe pasienten til å være godt informert i forkant av en behandling eller at vedkommende holder tilbake informasjon for å unngå å fremkalle denne type ubehag gjør at sykepleieren må finne et alternativ mellom teori og praksis da den teoretiske kunnskapen ikke alltid passer i den praktiske konteksten.

Holdninger kommer frem som et viktig punkt i sammenheng med sykepleierens skille mellom teori og praksis og må sies påvirke den enkelte sykepleiers arbeid og fagmiljøet som helhet.

Undersøkelsens funn kan fungere som innspill til fagmiljøet i avdelinger der det håndteres cytostatika. Erfaringer og synspunkt fra denne undersøkelsen vil kunne åpne for faglig diskusjon rundt tema som rutiner, sikkerhet, prosedyrer, holdninger, avdelingskultur og faglig oppdatering i avdelinger med lignende arbeidsfelt og potensielle utfordringer. I tillegg vil funnene kunne skape bevissthet og faglig diskusjon rundt hva som er opphavet til redselen som melder seg i forbindelse med håndtering av cytostatika.

Som følge av hva som har kommet frem i denne undersøkelsen vil bevissthet rundt egne holdninger og kunnskap samt sikkerhets og pasientengasjementet kunne være nyttige perspektiv for videre undersøkelser.

Resultatene fra denne undersøkelsen kan være av pedagogisk verdi ved at behovet for økt kunnskap og opplæring blant nyansatte sykepleiere og faglig oppdatering blant de mer erfarne har blitt avdekket. Likeledes er funnene om at nye og erfarne sykepleiere etterlyser forskningslitteratur på dette fagområdet. Behovet for litteratur vil muligens gjenkjennes ved flere arbeidssteder i en kontekst som denne. Kunnskap om fremgangsmåte og anvendelse av prosedyrer ved håndtering kan være nyttig informasjon for andre steder der det stilles spørsmål ved egne arbeidsmetoder og en ser etter andre måter å løse oppgavene på. Funnene om sykepleieres usikkerhet og redsel i møte med stort ansvar og arbeidsbelastning i starten av karrieren kan være nyttige innspill til fagfeltet rundt oppfølging av nyansatte.

En kan ikke si å ha oppnådd universelle konklusjoner på bakgrunn av denne intervjuundersøkelsen. Likevel kan studien sies å ha bidratt til et rikere kunnskapsgrunnlag på kunnskap om og holdninger til håndtering av cytostatika blant en gruppe sykepleiere i norsk kontekst.



## References

- Arbeidsmiljøloven. <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usv/www/lovdata/all/nl-20050617-062.html&emne=arbeidsmilj%C3%B8> . 2005. 20-9-2009.  
Ref Type: Online Source
- Ben-Ami, S., Shaham, J., Rabin, S., Melzer, A., & Ribak, J. 2001. The influence of nurses' knowledge, attitudes, and health beliefs on their safe behavior with cytotoxic drugs in Israel. *Cancer Nursing*, 24, (3) 192-200 available from: PM:11409063
- Benner, P. 1984. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice* Menlo Park, Calif., Addison-Wesley.
- Bruun, L. I., Johansen, M., Myhr, K., Holthe, H., & Baksaas, I. 2009, "Håndtering av cytostatika," *In Medikamentell kreftbehandling Cytostatikaboken*, 7 ed. O. Dahl et al., eds., Oslo: Farmakologisk institutt, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, pp. 464-476.
- Connor, T.H., Anderson, R.W., Sessink, P.J.M., Broadfield, L., & Power, L.A. 1999. Surface contamination with antineoplastic agents in six cancer treatment centers in Canada and the United States. *Am J Health- Syst Pharm*, 56, 1427-32
- Cullberg, J. 2007. *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* [Oslo], Universitetsforl.
- Dahl, O. 2009. *Medikamentell kreftbehandling, Cytostatikaboken* [Oslo], Farmakologisk institutt, Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Dranitsaris, G., Johnston, M., Poirier, S., Schueller, T., Milliken, D., Green, E., & Zanke, B. 2005. Are health care providers who work with cancer drugs at an increased risk for toxic events? A systematic review and meta- analysis of the literature. *J Oncol Pharm Practice*, 11, 69-78
- Fagermoen, M.S. 2005. Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7, (2) 40-54
- Fransman, W., Roevelde, N., Peelen, S., de Kort, W., Kromhout, H., & Heederik, D. 2007. Nurses with dermal exposure to antineoplastic drugs. Reproductive outcomes. *Epidemiology*, 18, (1) 112-119
- Gershon, R.R., Karkashian, C.D., Grosch, J.W., Murphy, L.R., Escamilla-Cejudo, A., Flanagan, P.A., Bernacki, E., Kasting, C., & Martin, L. 2000. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*, 28, (3) 211-221 available from: PM:10840340
- Gershon, R.R., Stone, P.W., Bakken, S., & Larson, E. 2004. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J.Nurs.Adm*, 34, (1) 33-40 available from: PM:14737033
- Hedmer, M. Monitoring of occupational exposure to antineoplastic drugs. 2006. University of Lund.  
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- International Council of Nursing (ICN) 2007. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

- Kim, H.S. 1987. Structuring the Nursing Knowledge System: a typology of four domains. *bjk* 99-110
- Kim, H.S. 1994. Practice Theories in Nursing and Science of Nursing Practice. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 8, (2) 145-158
- Kim, H. S. 2006, "Sygeplejefprofessionens kerne," *In Perspektiver på faglighet.*, K. Fredriksen, J. Møller- Madsen, & K. e. a. Perregaard, eds., Århus: Udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen i Århus Amt, pp. 89-94.
- Kim, H.S. 2010. *The Nature of theoretical thinking in nursing*, 3rd. ed. Springer Publishing Company.
- Kjemikalieforskriften. Kjemikalieforskriften. <http://www.lovdato.no/for/sf/ai/ti-20010430-0443-008.html#24> . 2001. 20-9-2009.  
Ref Type: Electronic Citation
- Kunnskapsdepartementet. (2008. *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
- Kvale, S. 1994. *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview* København, Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009. *Det kvalitative forskningsinterview*, 2 ed. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Labuhn, K., Valanis, B., Schoeny, R., Loveday, K., & Vollmer, W. 1998. Nurses' and pharmacists exposure to antineoplastic drugs: Findings from industrial hygiene scans and urine mutagenity tests. *Cancer Nursing*, 21, (2 April) 79-89
- Lorensen, M. 1998. *Spørsmålet bestemmer metoden* Oslo, Universitetsforlaget.
- Malterud, K. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* Oslo, Universitetsforl.
- Martin, S. & Larson, E. 2003. Chemotherapy- Handling Practices of Outpatient and Office- Based Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 30, (4) 575-581
- Mason J. 2007. *Qualitative researching* London, Sage Publication.
- McDiarmid, M.A. & Condon, M. 2005. Organizational Safety Culture/ Climate and Worker Compliance With Hazardous Drug Guidelines: Lessons From The Blood- Bourne Pathogen Experience. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, (7) 740-749
- Polit, D. & Beck, C.T. 2008. *Nursing Research* Philadelphia USA, Lippincott.
- Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. 2004. *Kreftsykepleie* Oslo, Akribe.
- Rokeach, M. 1973. *The Nature of Human Values* New York, The Free Press.
- Rokeach, M. 1968. *Beliefs, attitudes and values: a theory of organization and change* San Fransisco, Jossey- Bass.
- Ryen, A. 2002, "Det naturalistiske intervjuet," *In Det kvalitative intervjuet*, Bergen: Fagbokforlaget, pp. 15-28.
- Saltmarsh, K. & De Vries, K. 2008. The paradoxical image of chemotherapy: a phenomenological description of nurses' experiences of administering chemotherapy. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, 17, 500-508

Slørdal, L. 2009, "Cytostatika," *In Kreftsykdommer*, R. Kåresen & E. Wist, eds., Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, pp. 85-95.

Travelbee, J. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo, Universitetsforl.

Ursini, C.L., Cavallo, D., Colombi, A., Giglio, M., Marinaccio, A., & Iavicoli, S. 2006. Evaluation of early DNA damage in healthcare workers handling antineoplastic drugs. *Int Arch Occup Environ Health*, 80, 134-140

Valanis, B., Vollmer, W., & Steele, P. 1999. Occupational Exposure to Antineoplastic Agents: Self-Reported Miscarriages and Stillbirths Among Nurses and Pharmacists. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, (8) 632-638

Verity, R., Wiseman, T., Ream, E., Teasdale, E., & Richardson, A. 2008. Exploring the work of nurses who administer chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* (12) 244-252

Wist, E. 2009, "Historie og utvikling," *In Kreftsykdommer*, 3 ed. R. Kåresen & E. Wist, eds., Oslo: Gyldendal Akademisk, pp. 23-26.

World Medical Association. Helsinkideklarasjonen. Førde, Reidun: "Helsinkideklarasjonen" (Sist oppdatert: 11.februar 2009).De nasjonale forskningsetiske komiteer.[Online].Tilgjengelig på <http://etikkom.no/no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>. [Lastet 08.januar 2011]. 2011.

Ref Type: Online Source

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

May-Karin Rognstad  
Avdeling for sykepleierutdanning  
Høgskolen i Oslo  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 05.11.2009

Vår ref: 22857 / 2 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

**KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.10.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 03.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22857	<i>Sykepleieres holdninger til og kunnskaper om håndtering av cytostatika</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>May-Karin Rognstad</i>
Student	<i>Emma Simonsen Lund</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 14.05.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Emma Simonsen Lund, Halfdan Wilhelmsens Allé 8, 3116 TØNSBERG

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

## Vedlegg 2

Direktør/ forskningsansvarlig

Tønsberg 15.9.2009

### **Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre forskningsintervju ved**

Masterstudent i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo gjennomfører en studie med fokus på sykepleieres holdninger til og kunnskap om håndtering av cytostatika.

Internasjonale studier antyder at praksis er sprikende mtp hvordan sykepleiere forholder seg ved håndtering av cytostatika. Dersom en ser bort fra kapitler i lærebøker finnes det få studier på dette temaet i norsk setting. For å vinne kunnskap om sykepleieres erfaringer på dette området er det interessant å gjennomføre kvalitative forskningsintervju med sykepleiere som håndterer cytostatika ved norske sengeposter og poliklinikker. Materialet fra intervjuene blir benyttet som empiriske data i en masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap som ferdigstilles våren 2010.

Det er sykepleiere ved medisinsk avdeling som håndterer cytostatika som inkluderes i studien. Vi ber om tillatelse til å gjennomføre studien ved følgende avdeling:

Videre kontakt med avdelingene blir tatt etter positiv tilbakemelding om at studien kan gjennomføres.

Kontaktperson ved sykehuset som bistår i rekruttering til utvalget er:

Avdelingssykepleier/ fagutviklingssykepleier:

Daglig ansvarlig for studien er Emma Simonsen Lund. Veileder og øverste ansvarlig for studien er May Karin Rognstad.

Vedlagt følger: Prosjektplan, intervjuguide, informasjonsskriv til informanter.

Med vennlig hilsen

Emma Simonsen Lund  
Masterstudent i klinisk sykepleievitenskap  
Avdeling for sykepleieutdanning  
Høgskolen i Oslo

May Karin Rognstad  
Førsteamanuensis, dr. philos  
Avdeling for sykepleieutdanning  
Høgskolen i Oslo

E- post: lundemma@gmail.com

Tlf: 958 13 028

Adresse: Halfdan Wilhelmsens Allé 8,  
3116 Tønsberg.

Tlf: 22 45 37 42 mobil: 951 08 494

Kopi til kontaktperson:  
Avdelingssykepleier/ fagutviklingssykepleier

## Informasjonsskriv

### Til deg som deltar i studien om sykepleieres håndtering av cytostatika.

Internasjonale studier antyder at praksis er sprikende mtp hvordan sykepleiere forholder seg ved håndtering av cytostatika. Dersom en ser bort fra kapitler i lærebøker finnes det få studier på dette temaet i norsk setting. For å få kunnskap om sykepleieres erfaringer er det interessant å gjennomføre kvalitative forskningsintervju med sykepleiere som håndterer cytostatika ved norske sengeposter og poliklinikker.

Intervju av sykepleiere vil foregå i løpet av november/ desember 2009. Sykepleierne som deltar i studien vil bli intervjuet én gang, og selve intervjuet vil ta ca 1 time. Intervjuet blir tatt opp på bånd. Materialet fra intervjuene blir analysert og benyttet som empiriske data i en masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap som ferdigstilles 14.05. 2010.

Det er frivillig å delta og du har anledning til å trekke deg underveis i intervjuet. Dersom du ikke ønsker å delta i studien vil det ikke få innvirkning på forholdet til din arbeidsgiver.

Data vil bli anonymisert og lydopptak slettes senest ved prosjektslutt, 14. 05.2010. Vi kjenner ikke til identiteten til de som forespørres før de evt. samtykker til deltakelse.

Intervjuet vil dreie seg om sykepleierens arbeidshverdag og hva sykepleieren vektlegger og vurderer i forbindelse med det å gi cytostatikabehandling. Opplæring og utvikling av kunnskap om håndtering av cytostatika er også interessante tema for intervjuet.

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Data som samles inn vil bli behandlet konfidensielt. Avdelingssykepleier eller andre ved sykehuset har ikke innsyn i datamaterialet.

Dersom du har spørsmål om studien kan de stilles til Emma Simonsen Lund tlf 958 13 028. Veileder og overordnet ansvarlig for denne studien er May Karin Rognstad.

Vi takker for at du vil bidra som informant i prosjektet.

Med vennlig hilsen

*Emma Simonsen Lund.*

Emma Simonsen Lund  
Masterstudent i klinisk sykepleievitenskap  
Høgskolen i Oslo  
tlf: 958 13 028

*May Karin Rognstad*

May Karin Rognstad  
Førsteamanuensis, dr. philos  
Høgskolen i Oslo  
tlf: 22 45 37 42/ 951 08 494

## Vedlegg 4

### INTERVJUGUIDE

1. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?
2. Hvor lenge har du arbeidet med håndtering av cytostatika?
3. A) Har du videreutdanning i onkologisk sykepleie?  
  
B) Hva tenker du om det å ha videreutdanning?
4. Kan du fortelle litt om arbeidsdagen din her i avdelingen?
5. Hva vektlegger du når det gjelder håndtering av cytostatika? (bruk gjerne eksempel)
6. Hva mener du er viktige vurderinger som sykepleier bør gjøre ved håndtering av cytostatika? (bruk gjerne eksempel)
7. Hvilke kunnskaper mener du er viktige når det gjelder slik behandling?
8. Hvilke tanker gjør du deg når du gir pasienter cytostatikabehandling?
9. Hvordan kan du som sykepleier best vise omsorg for pasienter (og familie) som mottar denne type behandling? (bruk gjerne eksempel)
10. Hvordan foregår opplæring i håndtering av cytostatika ved din avdeling?

## Vedlegg 5

Database(s): Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1948 to Present

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	Cytostatic Agents/	185
2	exp Antineoplastic Agents/	708186
3	Hazardous Substances/	5632
4	(cytostatic* or antineoplas* or antitumor agent* or chemotherap* or hazardous drug*).tw.	243534
5	or/1-4	834537
6	exp Nurses/	63327
7	nurse*.mp. [mp=protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier]	233876
8	or/6-7	233876
9	attitude/ or "attitude of health personnel"/	113787
10	attitude/ or "attitude of health personnel"/	113787
11	intention/	4420
12	Health Knowledge, Attitudes, Practice/	54613
13	exp Elasticity/	31417
14	exp Guideline Adherence/	14450
15	(attitude* or intention* or adher* or complian*).tw.	266371
16	or/9-15	423869
17	5 and 8 and 16	276
18	limit 17 to (danish or english or norwegian or swedish)	254